

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita péče a etické aspekty v čekárnách zdravotnického zařízení
Bc. Kateřina Skubýová

Diplomová práce
2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina Skubýová**
Osobní číslo: **Z12202**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Název tématu: **Kvalita péče a etické aspekty v čekárnách zdravotnického zařízení**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

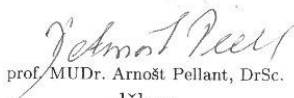
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:

1. MACH, Jan. Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2010. ISBN 978-802-4736-839.
2. RAUDENSKÁ, Jaroslava. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
3. VONDRÁČEK, Lubomír. Právní předpisy: nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
4. ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.


Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**

Datum zadání diplomové práce: **1. října 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **5. května 2014**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. března 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 5. 5. 2014

Bc. Kateřina Skubýová

Děkuji Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D za odborné vedení mé diplomové práce, za vstřícnost, ochotu a cenné rady, které mi pomohly při psaní této práce. Za pochopení a čas, který mi věnovala. Děkuji Ing. Janě Holé, Ph.D za odborné konzultace v oblasti statistiky. Dále děkuji Ing. Jiřímu Brotanovi a respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník.

ANOTACE

Tato práce je zaměřena na spokojenost pacientů s čekárnami zdravotnického zařízení a také se zabývá dodržováním etických aspektů. Teoretická část se věnuje problematice dnešních čekáren a vymezuje etické aspekty v čekárnách zdravotnických zařízení.

Výzkumná část zjišťuje aktuální spokojenost pacientů s vybavením, provozem a etickými aspekty v čekárnách ve vybraném zdravotnickém zařízení. Dále pomocí nezúčastněného pozorování sleduje dodržování etických aspektů v čekárnách.

KLÍČOVÁ SLOVA

čekárny, spokojenost, etické aspekty, prostředí čekárny

TITLE

Quality of care and ethical aspects in waiting rooms in medical facility

ANNOTATION

This diploma thesis is aimed at patient satisfaction with waiting rooms in a health care facility. It also deals with observance of ethical aspects. The theoretical part is dedicated to today's waiting room issues and specifies ethical aspects in waiting rooms in health care facilities.

The research part determines an actual patient satisfaction with equipment, operation and ethical aspects in waiting rooms in a selected health care facility. Furthermore, the thesis monitors observance of ethical aspects in waiting rooms using a non-participant observation.

KEYWORDS

waiting rooms, satisfaction, ethical aspects, waiting room environment

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 CÍLE PRÁCE.....	12
2 TEORETICKÁ ČÁST	13
2.1 Problematika čekáren.....	13
2.1.1 Psychologie ambulantně léčeného pacienta	13
2.1.2 Čekárna - vliv prostředí na psychiku pacienta.....	13
2.1.3 Technické a věcné požadavky na vybavení čekáren.....	14
2.1.4 Situace v zahraničí	14
2.1.5 Novinky v ambulancích v České republice	15
2.2 Etické aspekty.....	16
2.2.1 Morálka a etika	16
2.2.2 Etické principy ve zdravotnictví	16
2.2.2 Situace v čekárnách v České republice	18
2.2.3 Intimita, stud a soukromí.....	19
2.2.4 Povinná mlčenlivost.....	24
2.2.5 Komunikace ve zdravotnictví.....	27
3 PRAKTICKÁ ČÁST	32
3.1 Metodika práce	32
3.2 Prezentace dat.....	34
3.2.1 Zpracování a znázornění získaných dat	34
3.2.2 Statistické zpracování	52
3.3 Diskuze	58
4 ZÁVĚR.....	66
5 POUŽITÁ LITERATURA	68
6 PŘÍLOHY	72

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Grafické znázornění počtu mužů a žen.....	34
Obrázek 2 Grafické znázornění objednaných a neobjednaných pacientů	35
Obrázek 3 Grafické znázornění čekací doby na ošetření	36
Obrázek 4 Grafické znázornění vlivu prodlouženého čekání na průběh dne	36
Obrázek 5 Grafické znázornění spokojenosti s přístupem personálu	37
Obrázek 6 Grafické znázornění návštěvnosti registru pacientů.....	38
Obrázek 7 Grafické znázornění vysvětlení pokynů na registru	39
Obrázek 8 Grafické znázornění přístupu personálu na registru pacientů.....	40
Obrázek 9 Grafické znázornění spokojenosti s prostředím čekárny	42
Obrázek 10 Grafické znázornění spokojenosti s velikostí čekárny	43
Obrázek 11 Grafické znázornění spokojenosti s kvalitou vzdělávacího materiálu	43
Obrázek 12 Grafické znázornění spokojenosti s vybavením čekárny.....	44
Obrázek 13 Grafické znázornění spokojenosti s výzdobou čekárny	44
Obrázek 14 Grafické znázornění spokojenosti s barvou stěn.....	45
Obrázek 15 Grafické znázornění spokojenosti s ovzduším	45
Obrázek 16 Grafické znázornění spokojenosti s informacemi na cedulích, nástěnkách a plakátech.....	46
Obrázek 17 Grafické znázornění spokojenosti s provozem	46
Obrázek 18 Grafické znázornění spokojenosti s toaletami	47
Obrázek 19 Grafické znázornění spokojenosti s čistotou toalet	48
Obrázek 20 Grafické znázornění spokojenosti s dostupností toalet.....	48
Obrázek 21 Grafické znázornění spokojenosti s vybavením toalet	49
Obrázek 22 Grafické znázornění orientace v areálu nemocnice.....	50
Obrázek 23 Grafické znázornění spokojenosti s parkováním	50
Obrázek 24 Grafické znázornění oblastí největší nespokojenosti	51
Obrázek 25 Grafické znázornění oblastí největší spokojenosti	52

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Tabulka čekacích dob.....	40
Tabulka 2 Kontingenční tabulka spokojenosti s čekací dobou.....	53
Tabulka 3 Pearsonův chí-kvadrát.....	53
Tabulka 4 Kontingenční tabulka spokojenosti s výzdobou čekárny	54
Tabulka 5 Pearsonův chí-kvadrát.....	54
Tabulka 6 Kontingenční tabulka spokojenosti s informacemi na cedulích	56
Tabulka 7 Pearsonův chí-kvadrát.....	56
Tabulka 8 Kontingenční tabulka spokojenosti s kvalitou vzdělávacího materiálu	57
Tabulka 9 Pearsonův chí-kvadrát.....	57

ÚVOD

Téma mé diplomové práce „Kvalita péče a etické aspekty v čekárnách zdravotnického zařízení“ jsem si vybrala záměrně. Kvalita péče a s tím spojené etické aspekty ve zdravotnictví jsou v dnešní době velmi probíranou tématikou. Výzkumy na toto téma se v České republice provádí, jsou však velmi často součástí studentských grantových soutěží. Problematika etiky a kvality péče je velmi složitá a z tohoto důvodu by měla být neustále prozkoumávanou oblastí zdravotnictví stejně jako je tomu i v zahraničí.

Každý člověk i já jsme někdy museli navštívit čekárnu ať v nemocničním zařízení, u obvodního lékaře nebo u jiných specialistů. Byli jsme v pozici pacienta či pouze jako doprovod svého blízkého. Z vlastní zkušenosti vím, že hlavním problémem v ambulantní péči je čekací doba na ošetření. Čekací doby jsou často velmi dlouhé, pacienti jsou ve značné indispozici a prodloužená čekací doba je unavuje a velké množství čekajících pacientů je jim nepříjemné. Lidé na tuto situaci často reagují nepřiměřeně, jsou podráždění a občas i agresivní vůči personálu. Personál na tento typ komunikace neumí adekvátně reagovat a atmosféra v čekárně je obvykle napjatá. Při svých soukromých návštěvách lékaře jsem si občas povšimla porušení intimity či povinné mlčenlivosti. Personál s pacientem o jeho problémech mluvil v čekárně před ostatními pacienty či sděloval jinému pracovníkovi, co se v ordinaci právě děje a jaký je zdravotní stav pacienta. Povšimla jsem si také, že personál občas zapomene zavřít za sebou dveře, nebo dveře ordinace nejsou dostatečně odzvučené a rozhovor z ordinace je slyšet přímo v čekárně.

Tyto mé zkušenosti mě zaujaly a chtěla jsem znát názory i jiných pacientů. Zajímalo mě, zda se tyto problémy týkají i jiných zařízení, ne jen těch, které jsem navštívila já. Při přemýšlení nad problematikou čekáren mě napadly další etické aspekty, které by mohli pacienti vnímat negativně či naopak pozitivně. Určitě mezi ně patří chování personálu, jako je například obyčejný pozdrav při prvním kontaktu s pacientem či sdělení předběžné čekací doby na ošetření. Jelikož etické aspekty blízce souvisí s kvalitou péče, zapojila jsem proto do výzkumu i jiné prvky, které na pacienta mohou působit v prostředí čekárny. Je to například vybavení čekárny, dekorace, edukační materiály a jiné. Tyto věci pacientovi zpříjemňují a krátí čekací dobu a pacient se může sám vzdělávat při čekání. Při běžném životě mnoho lidí nemá čas číst si o různých preventivních programech, léčbě či projevech různých onemocnění a edukační materiály v čekárnách jsou ideální možností vzdělávání pacientů. Dalším ožehavým tématem jsou toalety. Při čekací době mnoho pacientů navštíví toto zařízení, a tak čistota patří mezi faktory, které ovlivňují spokojenost pacientů a je obrázkem kultury daného

zařízení a zejména důležitým preventabilním faktorem vzniku nozokomiálních nákaz. Problémem při návštěvě ambulance mohou být i parkovací místa v areálu zařízení. Poplatky za parkování mohou být vysoké a při prodloužené čekací době pacienti platí příliš vysoké částky. Parkovacích míst je většinou nedostatek a lidé tráví dlouhou dobu hledáním vhodného místa.

Záměrem této práce je zjistit spokojenost pacientů s dodržování etických aspektů, s prostředím a provozem čekáren. Zároveň bych chtěla zjistit, které etické aspekty byly nejčastěji porušovány a v jakých oblastech jsou pacienti nejvíce nespokojeni. Závěrem bych chtěla zjistit, zda se liší hodnocení pacientů od hodnocení získaného na základě pozorování. Práce je zaměřena v dotazníkovém šetření na spokojenost pacientů s komunikací a chováním zdravotnického personálu, s čekací dobou na ošetření, vybavením čekáren, čistotou a dostupností toalet, parkováním. Dále se také budu v dotazníku zabývat povinnou mlčenlivostí zdravotnického personálu a zachováváním intimity. Výzkum také doplním nezúčastněným pozorováním, kde se budu zaměřovat na čekací dobu na ošetření, komunikaci zdravotnického personálu s pacientem, na volná místa k sezení a také na porušení intimity u jednotlivých pacientů.

1 CÍLE PRÁCE

Cíle teoretické části

- Cílem teoretické části bylo popsat vybrané aspekty související s provozem a zaměřit se na etické aspekty čekáren.

Cíle empirické části

- Zjistit spokojenost pacientů s provozem (čekací doba, orientace v prostředí, vysvětlení pokynů, parkování), vybavením (prostředí, toaletami) a dodržováním etických aspektů v čekárnách zdravotnického zařízení (porušení intimity, přístup personálu).
- Na základě pozorování posoudit dodržování etických aspektů.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Problematika čekáren

2.1.1 Psychologie ambulantně léčeného pacienta

Nejen z psychologického hlediska je výhodnější, pokud nemocný může při léčbě zůstat v domácím prostředí. V domácím prostředí lépe zvládá bolest, strach, úzkost, cítí se bezpečně. Přítomnost členů rodiny jej uklidňuje a odvádí pozornost od myšlenek na nemoc. Rozvoj medicíny a nové trendy v diagnosticko-terapeutické oblasti umožňují řešit nejrůznější problémy ambulantní léčbou. Měl by být brán ohled i na duševní stav pacienta.

Je zapotřebí si uvědomit, že v ambulantní sféře často dochází ke změnám lékařů v ordinacích, vyšetření jsou náročná, čekací doby jsou často zdlouhavé. Pacient se do zařízení musí dopravit, může se setkávat s nevhodným chováním personálu, ale i ostatních pacientů. Vše může vést k negativním zkušenostem s daným zařízením a tyto zkušenosti se mohou promítat i do dalších návštěv, např. do opakovaných kontrol. (Zacharová, 2007; Raudenská, 2011)

2.1.2 Čekárna - vliv prostředí na psychiku pacienta

Pozitivní vliv na psychiku člověka má především výzdoba (obrázky, květiny, malby na stěnách atd.). V čekárně je přítomnost věcí, jako jsou časopisy, edukační materiály, omyvatelné hračky pro děti, papíry a pastelky na kreslení žádoucí. Diskutovanou problematikou je barva stěn v ordinaci. Vedou se diskuze o pozitivním vlivu barev na zdraví a psychiku člověka. Dnešní doba je barvám velmi nakloněná. Barvy se dělí na teplé, které povzbuzují člověka a oslovují jeho emoce a na studené, které uklidňují a podporují kognitivní funkce. Nejužívanějšími barvami ve zdravotnictví jsou modrá, zelená a bílá, které působí uklidňujícím a čistým dojmem, mohou však působit i negativně a to chladným neosobním dojmem na pacienta. Tyto barvy jsou také nejužívanější na uniformách sester. Vhodné barvy pro zdravotnictví jsou i hnědá, růžová a světlé odstíny žluté a oranžové. Každá barva má pozitivní i negativní vliv, a proto je důležité si uvědomit, za jakým účelem je užívána. (Janiczeková, 2012)

Čekárna, kde pacient tráví čas před vstupem do ordinace, by měla splňovat určité hygienicko-estetické požadavky. Hygienu čekárny by měla být samozřejmostí.

Atmosféru čekárny vytváří především chování a jednání sestry. Důležitá je organizace práce sestry - spravedlivé seřazení pacientů. Pokud pacient cítí nespravedlnost, např. že jej někdo jiný bezdůvodně předběhl, bývá útočný vůči personálu i vůči jiným pacientům a často dochází ke zbytečným konfliktům. Tyto konflikty zneprůjemní atmosféru prostředí všem zúčastněným.

Z tohoto důvodu jsou v mnoha ambulancích zavedená pořadová čísla, která mají výhodu i v tom, že pacient může na chvíli ambulanci opustit a má předběžný obraz o tom, jak dlouho se může mimo čekárnu zdržet. Musí-li být však někdo přednostně přijat (akutní případ, konzilia apod.), sestra by měla vysvětlit čekajícím důvod posunutí v pořadníku a tím pádem i prodlouženou čekací dobu.

Z psychologického hlediska je pro pacienta důležitá vstřícná a zdvořilá komunikace. Sestry často vnímají komunikaci s pacientem jako věc, která je zdržuje od svých povinností. Povinností sestry je však i komunikace s pacienty. Pokud sestra s pacientem v čekárně mluví neochotně, nezdvořile a slovně ho odbývá, budí toto chování nedůvěru ke zdravotnickému personálu. Pacient poté nedůvěřuje ani lékaři, se kterým by měl dobře spolupracovat. Dobrá spolupráce je základem kvalitní léčby. Sestra by však měla umět zdlouhavé hovory vlídně zkracovat a vhodným způsobem korigovat. Při nevhodné komunikaci často dochází ke konfliktům jak ze strany sestry, tak ze strany pacienta. Podrobně se danou problematikou budu zabírat v kapitolách etické aspekty. (Haškovcová, Pavlicová, 2013)

2.1.3 Technické a věcné požadavky na vybavení čekáren

Dle vyhlášky č. 92/2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, jsou požadavky na čekárny zdravotnických zařízení nastaveny takto:

„Čekárna musí mít minimální plochu 7 m², pokud není dále uvedeno jinak, a musí být vybavena sedacím nábytkem. Čekárna může být společná pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud má minimální plochu 10 m². Pokud je zdravotní péče (dále jen "péče") poskytována kojencům, musí mít čekárna minimální plochu 8 m² a být vybavena přebalovacím stolem, není-li tento stůl v ordinaci lékaře. Minimální teplota vzduchu v čekárně je 20°C.“

Požadavky na WC v ambulancích zdravotnických zařízení jsou vyhláškou formulovány takto:

„WC pro pacienty musí mít předstíh vybavenou umyvadlem, není-li umyvadlo umístěno v kabině WC. WC může být společné pro zaměstnance a pacienty v případě, kdy zdravotnické zařízení ambulantní péče sestává maximálně ze 2 ordinací lékařů nebo pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud není dále uvedeno jinak. WC pro pacienty může být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.“ (Česko, 2012)

2.1.4 Situace v zahraničí

Aktuální situaci v zahraničí popisuje řada výzkumů. Například výzkum z australských nemocnic zaměřený na čekárny v ambulantní péči. Výzkum se soustředil na běžné věci, se kterými se lze v čekárně setkat – rozhovory pacientů s ošetřujícím personálem, prostředí čekáren, chování personálu k pacientům, spokojenost pacientů s péčí, vybavenost čekáren a celkové klima na základě hodnocení pacientů. Personál v pozorovaných čekárnách o působení pozorovatelů nevěděl, aby výsledky nebyly zkresleny. Pacienti byli ale o provádění výzkumu

informování. Pacienti si nejvíce stěžovali na čas, který musí trávit v čekárně na ošetření. Padlo také mnoho výtek na to, že rozměry čekárny jsou nedostačující a pacienti a jejich doprovod se nemají kam posadit. Byl zde nedostatek židlí jak v prostoru čekárny, tak v prostoru recepce. Přeplněnost čekáren je nežádoucí z několika hledisek. Velmi se snižuje komfort pacientů čekajících na ošetření, je zde méně prostoru na případnou manipulaci nemocničního vybavení, ztížený pohyb osob v prostoru čekárny a velmi důležitý je také aspekt bezpečnosti a případné evakuace v případě požáru. Při výzkumu byly zjištěny i další nedostatky jako nepřiměřeně malé sedačky v čekárnách, kde mají nemocní nebo zranění pacienti problém se posadit. Tento problém, se ovšem značně liší s typem nemocnic. Co se týče čistoty čekáren a příslušenství, v pozorovaných nemocnicích problém nenastal. Úklidový personál se pravidelně staral o čistotu podlahy v čekárně a na toaletách. Žádné stížnosti ani výtky od pacientů nesměřovaly na toto téma. (Jenkins, Calabria, 2011)

2.1.5 Novinky v ambulancích v České republice

U praktických lékařů dochází k situacím, kdy pacienti nevědí, jak postupovat po příchodu do čekárny. Lidé se často dotazují ostatních na pořadí, ve kterém přišli, jiní klepou rovnou na dveře ordinace. Proto studenti biomedicínského inženýrství Vysokého učení technického v Brně vymysleli nový Systém evidence pacientů, který se zkráceně nazývá EVIPA.

Tento software by měl efektivně krátit čekací doby v čekárnách u praktických lékařů. Také by měl zklidnit nervozitu pacientů. Nehrozí totiž, že by je někdo v čekárně „předběhnu“. Systém pracuje na podobném principu, který lidé znají z úřadů a pošt. V čekárně pacient vloží kartičku zdravotní pojišťovny do čtečky a systém automaticky rozpozná, zda je pacient objednaný, nebo zda se vrací z jiného vyšetření či přichází neobjednaný. Systém pacienta zařadí do pořadníku, podle kterého sestra dále volá pacienty do ordinace. Výhodou je to, že EVIPA rozpoznává pacienty, kteří se vrací ve stejný den z jiného vyšetření. Těmto pacientům se zkrátí čas zbytečně strávený v ambulanci. Další výhodou je, že sestra nemusí vybírat karty pojištěnce, jelikož veškeré údaje o pacientovi má zobrazené v počítači, které za ni sesbíral software v čekárně. Díky snadnému ovládní – „vložení kartičky do systému“ by s tímto systémem neměli mít problém ani starší pacienti. EVIPA je zatím ve stádiu zkoušení, je testována na několika poliklinikách a zatím podle lékařů i pacientů má více než dobré výsledky. (Česká televize, 2014)

2.2 Etické aspekty

2.2.1 Morálka a etika

Morálka a etika jsou nedílnou součástí ošetrovatelství. Zdravotnický personál by měl být obeznámen s těmito pojmy a měl by se jimi řídit v běžné praxi.

Morálka

Morálka je vnímána jako společensky psané i nepsané normy, které tvoří soubor informací obsahující požadavky na lidské chování. Morálka označuje morální stav mysli jedince či komunity. Morálka je shoda nebo neshoda s vlastním svědomím. Jedná se proto o individuální kategorii. Morální kodexy se v různých zemích od sebe liší, ale jedno mají společné při nedodržování norem a hodnot dochází k devastaci života společnosti a základu její existence, tj. důvěry. Mravnost je podstatou lidské kultury, humanistickou hodnotou, která pozvedá člověka, vzbuzuje a rozvíjí v něm lidskost.

(Kořenek, 2004; Munzarová, 2005)

Etika

Etika je filozofická vědní disciplína, která se zabývá morálkou. Kontinuálně analyzuje hodnoty a mechanismy regulace. Může vést člověka cestou k dobru. Etika je vědou zkoumající mravně relevantní jednání. Projevuje se v ní hodnotící aspekt, který říká, o co má člověk v životě usilovat a jak se má chovat k druhým lidem. Tudíž je etika souborem zásad lidského chování. (Kořenek, 2004; Munzarová, 2005)

2.2.2 Etické principy ve zdravotnictví

2.2.2.3 Etické principy prvního řádu

Autoři Beauchamp a Childress ve své knize o lékařské etice popsali čtyři základní principy současné zdravotnické etiky. Domnívají se, že principy budou přijímány všemi bez ohledu na kulturu, náboženství nebo filozofické myšlení.

- *Princip neškození - nonmaleficence*

Zakazuje ublížit, poškodit nebo usmrtit jiného. Podporuje biblický příkaz – nezabiješ. Kromě lékařských výkonů, které mohou pacienta poškodit, je třeba brát v úvahu únik informací, které mohou pacienta také poškodit.

- *Princip dobřechinění - beneficience*

Představuje pozitivní dimenzi neškození. Zařazuje se sem předcházení poškození, podporovat dobro tzn. podporovat tělesnou a duševní pohodu a veškerý prospěch pro nemocného, včetně pomoci uskutečňovat jeho plány. Vše, co se dělá, se dělá pro dobro nemocného.

- *Princip respektu k autonomii*

Respekt ke stavu být nezávislý, činit samostatná jednání bez zevního ovlivnění. Člověk je sám sobě nejlepším soudcem. Jedinec určuje způsob svého jednání v souladu se svými plány, preferencemi, přáními, hodnotami a ideály. (Bužgová, 2008; Heřmanová, 2012)

- *Princip spravedlnosti*

Má souvislost s rozdělováním zdrojů pro nemocné. Uplatňuje se pomocí potřeb jedinců nebo skupin lidí v případě omezenosti zdrojů. Problémy omezenosti zdrojů ve zdravotnictví jsou nejčastěji uváděny v souvislosti s problematikou ideální a dostupné medicíny. Je třeba respektovat omezené zdroje, reálnou dostupnost a omezenou spravedlnost. Každý člověk nemůže dostat kdykoliv a kdekoliv péči, která je podle nejnovějších poznatků vědy a techniky. (Bužgová, 2008)

2.2.2.4 Etické principy druhého řádu

- *Pravdomluvnost*

Dá se definovat jako závazek říkat pravdu, nelhat a nepodvádět ostatní. V mnoha kulturách na světě je pravdomluvnost považována za základ existence důvěry mezi lidmi. Pravdomluvnost je součástí respektu, který k lidem chováme. Lidé, tím pádem i pacienti, mají právo znát pravdu. Zaslouží si, aby se jim nelhalo a aby nebyli podváděni. Pokud zdravotníci nemluví pravdu, automaticky ztrácejí důvěru pacientů a tím se celkově ztrácí efektivita léčby.

- *Věrnost, poctivost*

Princip věrnosti a poctivosti je postaven na povinnosti zůstat věrný svým závazkům. Lidé běžně očekávají, že závazky a sliby se dodržují a nejsou bez vážných důvodů porušovány. V každodenní praxi ve zdravotnictví lékař neustále důvěřuje sestře. Věř, že sestra důsledně plní jeho ordinace a důsledně dodržuje jeho pokyny. Porušení slibů je morálně akceptovatelné, když by mohlo jít o vážné ohrožení pacienta nebo někoho jiného. Je nutné,

aby zdravotník dával sliby a zavazoval se k něčemu pouze tehdy, když stoprocentně ví, že daný slib či závazek může splnit. (Bužgová, 2008; Heřmanová, 2012)

- *Důvěryhodnost*

Tento princip je úzce spjatý s předchozími dvěma. Aby byl zdravotník důvěryhodný, je nutné, aby byl pravdomluvný a věrný svým závazkům. Kromě toho se od něj očekává, že bude mít vstřícný přístup k nemocnému. V praxi je zřejmé, že pacient chová důvěru k tomu, kdo k němu přistupuje vstřícně. Naopak nedůvěru v pacientovi budí odstup zdravotníka, mlčení nebo naopak nepromyšlené a unáhlené povrchní výroky. Proto se do principu důvěryhodnosti řadí kvalitní komunikace. Charakteristikou kvalitní komunikace jsou spolehlivé informace, srozumitelnost, vstřícnost a takt. Schopnost komunikovat a empatie jsou z etického hlediska klíčovými vlastnostmi sestry. (Bužgová, 2008; Kutnohorská, 2007)

2.2.2 Situace v čekárnách v České republice

Autorky mnoha publikací zabývající se etikou ve zdravotnictví - Haškovcová a Pavlicová, v roce 2013 napsaly knihu týkající se ideálů a reality v ambulantní péči. Zde popisují mnoho svých vlastních zkušeností z nemocničního prostředí, kde se potýkaly často s neetickým chováním personálu. Nachází se tu celá řada kazuistik a doporučení pro sestry k daným případům. Autorky například uvádějí situaci, kdy sestry se pacientek v čekárně dotazovaly na velmi citlivé údaje – počty porodů, potratů, datum narození, aktuální potíže apod. Dále se také setkávaly s velmi špatnou komunikací, kdy sestry pacienty přehlížely, nehovořily přímo k nim a pacienti se informace dozvídali z rozhovorů, které vedly s jinými sestrami. Sestry často nebyly schopné uznat svou vlastní chybu, pomlouvaly své kolegyně před pacientem, či hovořily o svých nadřízených, lékařích, pacientech ve veřejné dopravě a uváděly celá jména dotyčných. Dalším problémem bylo oslovení pacientů, kdy sestry při volání pacienta do ordinace neužívaly tituly, oslovení pan či paní se objevovala zřídka. Nejčastěji však pacienta vyvolávaly příjmením. Jako další etický problém v ambulantní péči je uniforma sester. Mnoho sester v ambulantní péči nahrazuje uniformu bílými kalhotami s bílou halenou. Pravdou je, že toto oblečení je pohodlné a praktické, pacienti však velmi často mají problém odlišit lékařku, uklízečku apod. od sestry. Při svých pozorováních autorky zjistily, že mnoho sester doplňuje svou uniformu různými barevnými šperky, barevnými mikinami, což autorky v rámci ambulantní péče tolerují. Co naopak kritizují, jsou staré, ochozené, špinavé boty, které jsou nebezpečné pro nositelky a zároveň postrádají eleganci. Též se negativně staví ke špinavým, potřísněným, roztrhaným uniformám. Uvádí i příklady, kdy sestry místo pásku

používají obinadla, knoflíky nahrazují špendlíky apod. Autorky jako doporučení pro sestry uvádí přísloví „šaty dělají člověka“. Sestra by měla být vždy čistě oblečena, upravená, elegantní. Co se týče různých doplňků, neměly by sestře žádným způsobem překážet v práci a měly by být velmi decentní. Kriticky se autorky stavějí i k vtíravým parfémům sester.

(Haškovcová, Pavlicová, 2013)

2.2.3 Intimita, stud a soukromí

2.2.3.4 Intimita

Slovo intimita pochází z latinského slova intimus, které je překládáno jako nejvnitřnější, nejtajnější, nejdůvěrnější. Intimitě jsou připisovány další významy, jako odkrývání emocí, specifický způsob komunikace, pocit blízkosti, otevřenost, upřímnost, vzájemné poznávání, porozumění, pochopení, důvěra, sex, **sebeodhalování**. Naprostá většina autorů spojuje intimitu se **sebeodhalováním** (self-disclosure). Sebeodhalování znamená sdělování nejhlubších emocí, názorů, přesvědčení a často tajených informací o sobě samém jiné osobě. Jedná se o vstupování do privátní zóny jedince. Jedinec tímto dává druhé osobě najevo svou důvěru. (Haubertová, Slaměník, 2013)

Ve zdravotnictví se často setkáváme s výše jmenovanými druhy intimity. Odhalování intimních složek života je nedílnou součástí vztahu mezi lékařem, sestrou a pacientem. Sdělování intimní sféry života pacienta napomáhá lékaři ke správnému určení diagnózy, stanovení vhodné léčby a prevence možných komplikací. Znalost intimity pacienta pomáhá zdravotnickému personálu na pacienta lépe nahlížet jako na celek, v biopsychosociálních rovinách. Pacient musí zdravotnickému personálu důvěřovat, aby byl schopen odhalovat svou intimitu. Nejdůležitější složkou intimity ve vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem je sebeodhalování. (Haubertová, Slaměník, 2013)

Sebeodhalování

Sebeodhalování začíná povrchním sdělováním informací o své osobě. Prohlubuje se s narůstajícím pocitem vzájemné důvěry a porozumění. Jedinec postupně získává odvahu sdělovat svá nejhlubší přesvědčení, mluvit o svých problémech a projevovat emoce. Sebeodhalování je bráno jako vědomé sdělování informací o sobě samém i o lidech sobě blízkých. Dotyčná osoba předpokládá, že pro druhou osobu mohou být tyto informace významné a také dává druhé osobě možnost pochopit partnerovu sociální situaci. Sebeodhalování navozuje pocit intimity a dává partnerovi najevo důvěru.

Sebeodhalování se dělí na:

1) faktické nebo popisné (sdělování osobně podstatných faktů a informací)

2) emoční nebo hodnotící (sdělování osobních pocitů a názorů)

Intimním sdělováním člověk vyjadřuje potřebu svěřit se s důvěrnými informacemi, očekává pochopení, oporu, případně emoční odezvu. Pokud však jedinec sděluje informace, které mohou být negativně posuzovány, očekává od partnera pochopení, ale zároveň riskuje odmítnutí. Přijetí těchto informací často posiluje vztah a může u obou partnerů vyvolat potřebu hlubšího sebeodhalení. (Haubertová, Slaměník, 2013)

Distanční zóny

Každá osoba vnímá blízkost jiné osoby různými způsoby. Při jednání s pacienty si vytváříme svůj vlastní prostor, tzv. teritorium, ve kterém se pohybujeme a cítíme se v něm bezpečně. Existuje však mnoho dalších zón, které ovlivňují naše jednání a chování.

Typy distančních zón

- Intimní – tato zóna je nám nejbližší, jedná se o velmi citlivou oblast. Jde o vzdálenost do 30 cm od našeho těla. Zde si pouštíme jen svou nejbližší rodinu a přátele. Vše co se odehraje v této zóně, vnímáme velmi silně.
- Osobní – zde se jedná o vzdálenost, která bývá normální pro podání ruky. Do této zóny si pouštíme mnohem více lidí než do zóny předešlé. Stručně řečeno se jedná o většinu lidí, které pravidelně potkáváme a jsme s nimi v kontaktu. Pokud tito lidé zůstávají v této zóně, je vše v pořádku. Pokud vstoupí do naší osobní zóny, vnímáme to jako narušení, ale pořád jsme to schopni akceptovat. Hůře však snášíme vstup do osobní zóny od lidí cizích.
- Sociální – je obvyklá pro jednání, která se konají ve vzdálenosti okolo 2 metrů. Do této sféry spadají všichni lidé, se kterými se ten den potkáváme a mluvíme s nimi. Tito lidé jsou si vzájemně cizí a vzájemný bližší kontakt nevyhledávají.
- Veřejná – toto je poslední zóna, kam spadají všichni lidé. Tyto lidi vůbec neznáme. Jakýkoliv bližší kontakt je pro nás nepřijatelný.

(Linhartová, 2007; Heilmann, 2013; Venglářová, 2006)

Ve zdravotním prostředí se člověk setkává se všemi typy zón. Jak již bylo zmiňováno, pro člověka je nejvíce důležitá a nejvíce střežená zóna intimní.

Při vstupu do nemocnice člověk přichází do neznámého prostředí, často v akutním stavu, kdy se na nadcházející situaci nemůže dostatečně připravit. Již fakt, že přicházíme s jistým postižením do neznámého prostředí, v nás vzbuzuje obavy z toho, že jsme nemocní a zároveň strach z neznámého. I v takovýchto situacích si však kolem sebe vytváříme svůj osobní a intimní prostor. V nemocničním prostředí však člověk musí počítat s tím, že do jeho nejintimnějšího prostředí vstoupí člověk, mnohdy i úplně cizí. Jedná se o metody, kdy lékař pacienta musí osobně vyšetřit, či musí být provedeny výkony, které jsou nutné k prevenci či léčbě onemocnění. Často však dochází k tomu, že zdravotnický personál bez upozornění provede úkon v intimní zóně. Personál si v daný okamžik neuvědomí důležitost soukromí a bezpečí. Obvykle se soustředí na úkoly, které musí provést v co nejkratším časovém limitu a co nejlépe. Tyto skutečnosti pacient vnímá velice nelibě a mohou způsobovat pocity úzkosti, nejistoty a při nešetrném zacházení i nedůvěru v personál. Je proto důležité pacienty informovat o veškeré činnosti, kterou budeme v jeho intimní oblasti provádět.

(Linhartová, 2006; Vévoda, 2013)

Důvodů, proč dochází k nešetrnému vstupování do osobní zóny, může být mnoho. V této problematice je mnoho otázek. Může za to dřívější styl práce a výuky na školách? Dříve bylo normální, že se personál zaměřil na ošetrovatelský či lékařský výkon a pacient měl roli pouze okrajovou. Může to být dáno pouze tím, že si tento problém personál v danou chvíli neuvědomuje? V akutních případech jsou zdravotníci často v emočním i pracovním stresu a mnohdy se soustředí na to, aby situaci zvládli sami, a na pacienta pozapomínají. Mnohdy si personál problém porušování intimity uvědomí, až jej někdo na to upozorní.

(Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011)

Personál by si měl uvědomit nebo často myslet na to, že kdyby byl v roli pacienta, také by byl vděčný za to, kdyby se k němu někdo choval ohleduplně, respektoval jeho intimní zónu a vstupoval do ní po předchozím sdělení a pouze v nezbytně nutných případech. Trendem moderní medicíny je aktivní zapojení pacienta do léčby. V ošetrovatelské praxi se například jedná o plánování intervencí s pacientem. I když je snaha pacienta zapojit do léčby, mnoho pacientů k tomuto přístupu přistupuje značně negativně. Chovají se pasivně a pouze přijímají péči bez jakýchkoliv námitek či vizi. Těmto pacientům často nevádí narušování jejich intimity, je pro ně pohodlné, když personál veškerou péči o jejich tělo zajistí. Tito pacienti mohou být frustrováni, kdy jakoukoliv snahu o zlepšení svého zdravotního stavu vzdali nebo mají pouze

takovou povahu. Musíme však brát v úvahu to, že většina pacientů přistupuje aktivně k léčbě a přílišné narušování jejich intimity v nich může vzbuzovat pocit omezování či dokonce omezování jejich osobní svobody. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011)

Všeobecně lze říci, že intimita je nedílnou součástí zdravotnictví jak po straně fyzické tak i psychické. Do intimity neřadíme pouze intimní zóny, ale i stránku psychickou. Ve zdravotnictví nejčastěji sebeodhalování, ale i další výše zmiňované. K pacientům bychom měli přistupovat přívětivě, trpělivě, bedlivě jim naslouchat, vždy a vše trpělivě vysvětlovat a nahlížet na ně jako na celek, který má své touhy a potřeby. Z tohoto důvodu se rozvíjí psychologie a etika. Důležité je si uvědomit, že špatné jednání s pacientem může mít následky na celou jejich léčbu. Neméně důležité je zaměřit se na stránku právní. Nejen dnes, ale i v budoucnu bude porušování intimity pacienta sankcionováno. Narušování intimity pacienta může být bráno jako omezování osobní svobody. Pokud dojde k úniku informací z intimní sféry pacienta, může se jednat o porušení mlčenlivosti. Toto platí v případech, kdy dojde k úniku ústní formou. (Vévoda, 2013; Vondráček, 2005)

2.2.3.5 Stud

Jedinec pocítuje chybějící shodu ve způsobu chování s vlastním vnitřním ideálem. Jedinec si tuto shodu uvědomuje prostřednictvím postoje jiných lidí, které pocítuje jako posměšné, opovrhující nebo povznesené. Stud člověk pocítuje bez ohledu na to, zda k situaci zahanbení došlo za přítomnosti jiných osob, či se zahanbení událo jen v představě člověka. (Schmidbauer, 1994)

2.2.3.6 Soukromí

Intimita a soukromí spolu souvisí a provází každého člověka v osobním životě. Soukromí je pro řadu lidí takovou samozřejmostí, že si ani neuvědomují, že by o něj mohli přijít, nebo by je mohl někdo narušit. Každý člověk má hranice soukromí položené jinde. Člověk pocítuje ztrátu soukromí až tehdy, když jsou nějakým způsobem narušeny bariéry bezpečí a tehdy, když se před cizí osobou ocitá ve fyzické a psychické nahotě. (Haškovcová, 1996).

Fyzická nahota

Jak už jsem se zmiňovala, zdravotnický personál často prolamuje bariéry intimity člověka. Člověk, který navštíví lékaře, počítá s tím, že nastane situace, kdy bude muset odložit oblečení, aby jej lékař mohl řádně vyšetřit. Každý vnímá své tělo odlišně. Někdo odloží své

oblečení bez jakéhokoliv studu a nevnímá to jako narušení soukromí. Jiný pociťuje stud tak velký, že jeho obavy z odhalování vedou až k zanedbání kontrol u lékaře. Další roli hraje partie těla, kterou dotyčný odhaluje. Někomu je nepříjemné odhalování pouze intimních partií, jiný pociťuje stud za partie těla, které nejsou v souladu s jeho nebo společenskými představami, jinému je nepříjemné odhalování jizev, vyrážek apod. Zajímavý je i fakt, že starší nemocní-muži pociťují větší stud před mladými lékařkami a sestrami než starší ženy před mladými lékaři. Starší ženy mladé lékaře obdivují a vítají. Výjimku tvoří gynekologové. V tomto směru ženy vyhledávají starší specialisty. Tato problematika je rozsáhlá. A proto se jí věnují i právní předpisy jako jsou práva pacientů, kde je zmíněno právo na soukromí a stud. Je tu také zmínka o tom, že při diagnostických a terapeutických výkonech je zapotřebí, aby bylo přítomno co nejméně přihlížejících. Existují i pravidla, kdy se doporučuje, aby pacienta vyšetřovala osoba stejného pohlaví. Pokud však tohle nelze uskutečnit, je nutné, aby u výkonu byla přítomna druhá osoba např. sestra či rodinný příslušník. V praxi se jedná o vyšetřování prsou, vyšetřování dětí atd. Přítomnost druhé osoby je i výhodou pro zdravotnického pracovníka, jelikož se chrání před případným nařčením z neoprávněných dotyků.

(Haškovcová, 1996; Zacharová, 2007; Mandicová, 2011)

Pro některé kultury je zcela nepřijatelné, aby zejména ženu vyšetřovala osoba jiného pohlaví. Tato problematika se týká převážně muslimů. Pro přísně ortodoxní muslimy je přímo tabu podání ruky lékaři opačného pohlaví na uvítanou. Tito muslimové většinou mívají ruce založené za zády. Jiným muslimům nedělá problém podat ruku lékaři opačného pohlaví, jelikož jej vnímají jako osobu neutrální, nepodání ruky na uvítanou mohou brát jako urážku. U všech muslimů je tělesný kontakt s osobou jiného pohlaví tabu. Proto jsou problematická i gesta útěchy či soucitu jako například podržení ruky při výkonu, či pohlazení po čele. Problematický je i vizuální kontakt. Pokud lékař se dívá příliš pacientce do očí, může očekávat agresivní chování ze strany manžela, jelikož je to chápáno jako přiblížení se k osobě druhého pohlaví. Proto se doporučuje, aby se zdravotnický personál choval rezervovaně. V islámu je nepřijatelné, aby ženu vyšetřoval lékař - muž bez přítomnosti manžela či jiné osoby z rodiny - ženy. Islám totiž zakazuje odhalování žen před cizími muži. V naší kultuře je zcela běžné, že se lékař ptá pacienta na otázky, které souvisejí s jeho rodinou a sociální anamnézou. U muslimů tomu však tak není. Velmi ožehavé je vést rozhovor na téma rodinný a intimní život, počet dětí u svobodné ženy, rodinný stav, fyziologické funkce. Zdravotník se může setkat s uhýbavými odpověďmi, jelikož muslimové nejsou zvyklí se bavit o tak intimních věcech ani s lékařem. Problematika soukromí a intimity je i tématem komunikace

ve zdravotnictví. Každý zdravotnický pracovník by se měl orientovat v problematice multikultury a respektovat její náležitosti. Při znalostech multikulturního ošetřovatelství se může vyhnout případným nedorozuměním a konfliktům. (Ivanová, 2005; Kutnohorská, 2013)

Psychická nahota

Trendem dnešní doby je biopsychosociální pohled na člověka - pacienta. Z tohoto důvodu se lékař při každém vyšetření pacienta ptá na podrobnou anamnézu, jelikož příčiny nemocí jsou dnes většinou multifaktoriální. Důraz se klade na spolupráci a důvěru pacienta při zjišťování anamnestických údajů. Jak už jsem se zmiňovala u problematiky intimity, mnoho lidí má obtíž svěřovat se cizímu člověku s intimní sférou svého života, kam patří stránka sexuální či jiná pro člověka citlivá témata. Pro některé lidi může být velmi obtížné lékaři přiznat, že za onemocněním stojí přílišný stres či věci, které jsou pro něj tak citlivé, že je neumí ani pojmenovat, či se souvisle vyjádřit. Pro nastolení správné atmosféry k rozhovoru o citlivých a intimních záležitostech je doporučován rozhovor „mezi čtyřma očima“ a klidné prostředí, kde nemůže nikdo vyrušovat. Bohužel realita je taková, že se o těchto věcech často hovoří na chodbě, v čekárnách, na vícelůžkovém pokoji či na vizitách. Pacienti před více lidmi pocítují takový stud, že raději problémy zapírají jen proto, aby se neponížili před ostatními. (Haškovcová, 1996; Mandincová, 2011, s. 24-26; Haškovcová, Pavlicová, 2013)

2.2.4 Povinná mlčenlivost

Povolání zdravotníků je spjato s velkou odpovědností. Z tohoto důvodu je důležitá i znalost právních dokumentů. V medicíně je Hippokratovou přísahou zaveden slib mlčenlivosti o informacích, které se lékař dozvěděl v rámci svého výkonu povolání. Lékařské tajemství upevňuje důvěru mezi pacientem a lékařem a všemi zdravotníky. Tato povinnost je uváděna v zákonech a ve zdravotnických kodexech. Listina základních práv a svobod v odstavci 2, článku 10 uvádí, že každý má právo na ochranu jeho lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti a jména, ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života a ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě. Úmluva o lidských právech a biomedicíně v čl. 10, odstavec 1, stanovuje, že každý má právo na respektování soukromého života v souvislosti s informacemi o jeho zdraví. (Vondráček, 2005; Mach, 2010)

Ze zákona o zdravotních službách (č. 372/2011) vyplývá, že jak poskytovatel zdravotních služeb, tak i jednotliví zdravotníci a jiní odborní pracovníci jsou povinni zachovat

mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Porušení povinnosti mlčenlivosti v případech, kdy se nejedná o výjimku stanovenou zákonem, představuje neoprávněný zásah do soukromí pacienta.

(Česko, 2011)

Téměř všechny zdravotnické kodexy týkající se etiky obsahují zákaz porušování lékařského tajemství včetně sesterského kodexu ICN. (ICN, 1953)

Mlčenlivost se vztahuje na všechny skutečnosti, které se lékař, sestra nebo jiný pracovník dozvěděl od pacienta, rodiny, ze zdravotnické dokumentace, vztahuje se na údaje o chorobách a jejich léčení, týká se i údajů sociálních, pracovních a rodinného zázemí. Povinnost mlčenlivosti nadále přetrvává i po odchodu ze zaměstnání či do důchodu. Účelem mlčenlivosti je důvěra pacienta ke zdravotnickému personálu. Mlčenlivost se nedá chápat jako dogma. Pacient může sdělit přání, aby o jeho zdravotním stavu byla informována rodina. Pokládá se za důležité, aby informace o zdravotním stavu věděl nejdříve sám pacient poté jeho rodina. Pokládá se za etické, aby zdravotnický personál mezi sebou respektoval pacientovy bariéry a intimitu sdělení. Pacient může některé informace ochotně sdělovat pouze jednomu zdravotníkovi. Povinnost mlčenlivosti o zdravotním stavu pacienta se týká i zdravotních pracovníků navzájem. V praxi bývá tento rozsah povinné mlčenlivosti opomíjen a bagatelizován, jelikož řada zdravotníků vychází ze skutečnosti, že jsou vázání mlčenlivostí pouze navenek vůči „laikům“. Zdravotničtí pracovníci však nemají právo se seznamovat s citlivými informacemi o pacientech, u kterých se přímo nepodílejí na zdravotní péči. Tudiž nemají právo hovořit o citlivých informacích s kolegou, který se nepodílí na jeho péči. Jako porušení povinné mlčenlivosti je bráno také neoprávněné manipulování se zdravotnickou dokumentací. (Kutnohorská, 2007; Vondráček, 2005; Neradová, 2011)

Porušením povinné mlčenlivosti může být např.:

- Pokud sestra po telefonu bez souhlasu pacienta podá informace o zdravotním stavu jeho zaměstnavateli, popř. pracovníku školy (děti).
- Pokud sestra informuje rodiče občana staršího 18 let.
- Pokud sestra volá do ordinace pacienta pod jeho diagnózou nikoliv pod jeho jménem.
- Když sestra odebírá anamnézu, dveře vyšetřovny jsou otevřené a pacientovy osobní údaje jsou slyšet v čekárně.

Porušením povinné mlčenlivosti není:

- Pokud sestra telefonicky potvrdí rodičům přijetí dítěte na oddělení při úrazu nebo naléhavému stavu.
- Pokud sestra poskytne konziliáři zdravotnickou dokumentaci pacienta.
- Pokud sestra poskytuje domácí péči a sděluje informace o zdravotním stavu obvodnímu lékaři. (Vondráček, 2002)

Sankce

„V situaci, kdy zdravotnický pracovník neoprávněně zveřejní informaci o zdravotním stavu pacienta či jinou informaci, kterou se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, odpovídá za případnou újmu či jiný právem předpokládaný následek buď sám zdravotnický pracovník, nebo poskytovatel zdravotních služeb jakožto jeho zaměstnavatel, a to podle toho, o jaký druh právní odpovědnosti se jedná.“ (Šustek, 2013)

„V rámci *občanskoprávní* odpovědnosti za jednání svých zaměstnanců odpovídá poskytovatel zdravotních služeb. Uplatní-li pacient nárok na přiměřené zadostiučinění či náhradu nemajetkové újmy v penězích, neboť porušením povinnosti mlčenlivosti došlo k zásahu do jeho osobnostních práv (konkrétně práva na soukromí), je odpovědným subjektem poskytovatel zdravotních služeb. V případě, že soud po zhodnocení jednotlivých předpokladů odpovědnosti za neoprávněný zásah do osobnostních práv žalobě pacienta vyhoví, může soud uložit poskytovateli zdravotních služeb, aby pacientovi poskytl tzv. morální zadostiučinění (např. omluvou), nebo aby nahradil utrpěnou nemajetkovou újmu v penězích. Zákon o zdravotních službách zavádí správní odpovědnost, tedy odpovědnost za přestupek či správní delikt, poruší-li poskytovatel zdravotních služeb či zdravotnický pracovník některou z povinností, které jim zákon o zdravotních službách ukládá.“ (ČESKO, 2011; Šustek, 2013)

„Poruší-li poskytovatel zdravotních služeb povinnost mlčenlivosti, spáchá ve smyslu příslušných ustanovení správní delikt, za což mu může být uložena pokuta až do výše 1 000 000 Kč. Individuálně odpovědným může být zdravotnický pracovník v rámci *trestní odpovědnosti*. Pokud totiž neoprávněně zveřejní, sdělí nebo zpřístupní třetí osobě osobní údaje získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, jíž se osobní údaje týkají, lze toto jednání kvalifikovat jako trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji, za který hrozí trest odnětí svobody až na tři léta nebo zákaz činnosti. Způsobí-li zdravotnický pracovník svému zaměstnavateli porušením povinnosti mlčenlivosti škodu, přichází do úvahy

i *pracovněprávní odpovědnost* zdravotnického pracovníka vůči svému zaměstnavateli, kdy zdravotnický pracovník odpovídá za takto způsobenou škodu až do výše 4,5 násobku svého průměrného měsíčního výdělku (avšak způsobí-li škodu úmyslně či pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky, odpovídá v celém rozsahu).“ (Šustek, 2013)

2.2.5 Komunikace ve zdravotnictví

Pro všechny osoby, které mají zaměstnání založené na práci s lidmi, je důležitá oblast sociálních dovedností. Ošetrovatelská praxe klade důraz na schopnost interakce s kolegy i nemocnými. Schopnost kvalitní komunikace v každodenní praxi patří k základním dovednostem sestry. Tato schopnost slouží k navazování a rozvíjení kontaktu s pacientem. Komunikace se dělí na verbální - komunikaci pomocí slov a komunikaci nonverbální - beze slov. (Venglářová, 2006)

2.2.5.1 Nonverbální komunikace

Je druh komunikace, který se vyvinul jako prvotní. Nonverbální komunikace má větší vypovídající schopnost než komunikace slovní. Často se stává, že tyto dva druhy komunikace jsou v rozporu. Například gesta jsou často automatická a prováděna mimo vůli mluvčího. Nonverbální komunikace se často dělí podle části těla, která komunikaci provádí.

Řeč těla - kinezika

Jde o pohyb jednotlivých částí těla, hodnotí se rozsah a rychlost pohybů. Svalový tonus odpovídá emočnímu stavu jedince

Gesta - gestika

Do nonverbální komunikace patří gesta a pozice těla. Existuje mnoho druhů gest. Mohou být vstřícná, otevřená a bariérová. Gesta jsou součástí kineziky. Zahrnují pohyby rukou, hlavy, někdy i nohou. Gesta jsou pohyby, které mají výrazný sdělovací účel a doprovázejí slovní či mimoslovní projevy. Smyslem je také vyjadřování emocí. Důležité je odlišit významy vztahující se k obsahu toho, co mluvčí vypovídá od významů týkajících se osoby mluvčího samotného. (Vymětal, 2008; Venglářová, 2006)

Gesta se dělí na:

- **Symboly** – jsou to všeobecně známá gesta, která již není potřeba komentovat. Nahrazují slova a běžně užívané fráze. Jako příklad lze uvést O.K., které značí pěst s palcem nahoru, který vypovídá, že je vše v pořádku.
- **Ilustrativní gesta** – objasňují a doplňují slovní projev. Dodávají důraz ke slovům. Setkáme se s nimi často, například když pacient nám sdělí, že má bolest a ukazuje na místo, které ho bolí.
- **Regulátory** – jedná se o pohyby, které usměrňují komunikaci, signalizují přebírání slova nebo jeho odevzdání. Lze sem zařadit podávání ruky, které naznačuje, jak bude komunikace probíhat.
- **Adaptátory** – jedná se o pohyby rukou, které slouží k uvolnění situace při komunikaci. Slouží k přizpůsobení situaci a získání času k adaptaci.

(Kelnarová, Matějková, 2008; Vymětal, 2008)

Dotyk - haptika

Jedná se o komunikaci prostřednictvím dotyku. Při užívání haptiky musí být sestra schopna empatie a ovládat dotykovou kulturu. Bez dotyku by měl pacient dojem chladného přístupu, lhostejnosti. Nejčastěji užívaná místa k dotyku jsou ruce, hlava či rameno nemocného, mohou být však pro někoho místy intimními. Je důležité brát v úvahu, zda místa dotyku nejsou pacientovi nepříjemná. Pak na pacienta působí velmi negativně. Doporučuje se, aby první dotyk byl jemný, lehký a krátký. Pokud pacient na dotyk reaguje pozitivně, je zde velký prostor pro konverzaci. Mnoho pacientů v nemocničním zařízení pociťuje strach či úzkost, jsou osamělí a vřelý dotyk jim dodá pocit větší jistoty, důvěry a empatie ze strany personálu.

(Venglářová, 2006)

Postoj a držení těla - posturika

Jedná se o komunikaci pomocí postojů a držení těla. Postoj, či poloha pacienta, nám ukazuje, co pacient v daný okamžik pociťuje. Postoj nám může například prozradit, že pacient trpí bolestmi, když zaujímá úlevovou polohu. Pokud partneři při rozhovoru zaujímají stejný postoj a užívají podobná gesta, může to signalizovat soulad a shodu. Pokud se postoje liší, může to znamenat rozpory v názorech a komunikace je narušená. Mezi nejčastěji užívané postoje při rozporech jsou překřížené ruce či nohy, které signalizují uzavření či nezájem. Je důležité rozeznat, zda protějšek jeví nezájem nebo jen neví, co s rukama provádět (může mu být například jen zima). (Vymětal, 2008; Venglářová, 2006)

Vzdálenost - proxemika

Je komunikace pomocí vzdálenosti a prostoru. Vzdálenost lze chápat ve dvou rovinách:

Horizontální rovina – jde o vzdálenost mezi komunikujícími. Zkracováním vzdálenosti sestra může projevovat zájem o pacienta, může projevovat nesouhlas či nezájem, kdy přistoupí blíže, aby výtky přibýly na váze, může též být vnímáno pacientem jako agrese. Výhodou je, že výtky jsou kladeny v soukromí.

Vertikální rovina – jedná se o rozdíl ve výškách očí. Nejedná se o výšku osob, jde spíše o to, kdy jeden z partnerů stojí a druhý například sedí. Vytvoří se tu automaticky vzorec dominance a submitivity. Pokud sestra chce hovořit s pacientem, je vhodné, aby obě komunikující osoby byly ve stejné vertikální rovině např. seděly, stály apod. Týká se to především lidí, sedících na vozíku. Výjimku mohou tvořit osoby, které jsou vysoké a i při situaci, kdy vyšší osoba sedí a menší stojí, tak komunikace probíhá ve stejné výšce očí. V čekárnách velmi často dochází k situacím, kdy pacienti sedí na židlích, či jsou přepraveni na nemocničním vozíku a sestra k nim hovoří ze stoje. Problematiku proxemiky jsem už rozebrala v kapitole intimity, kde jsou popsány distanční zóny, které jsou nedílnou součástí proxemiky. (Venglářová, 2006)

První dojem

O tom, zda si lidé vyjdou vstříc, budou ochotně spolupracovat, jeden druhému naslouchat, nebo vzniknou problémy, rozhoduje z velké části první dojem. Sestra toho nemusí mnoho říci a pacient, aniž by si to uvědomoval, odhaduje její náladu, povahové rysy, charakter. Později se však ukáže, zda byl odhad správný. Psychologie prvního dojmu působí dost dlouho. Otázkou je, zda si zdravotníci tuto skutečnost uvědomují. Platí to však i naopak. Pacient je však často v submisivním postavení, a proto se snaží zdravotníkům vycházet vstříc.

Oční kontakt

Důležitým bodem neverbální komunikace je oční kontakt. Bylo dokázáno, že nedostatek očního kontaktu působí na druhého nepříjemně. Zrovna tak je vnímán i příliš dlouhý pohled z očí do očí. Tam, kde je dostatek očního kontaktu, vyskytuje se též méně agresivních slovních útoků. Kde je oční kontakt znemožněn, je výskyt agresivního jednání zvýšen. Sestra má při práci s pacientem velký prostor pro oční kontakt. Problémem je však, že její sestra nedostatečně využívá. Někdy pacienti nabývají dojmu, že jí za pohled téměř nestojí. Lékaři i sestry se při rozhovoru často dívají do počítačů a zapisují si potřebná data, zapomenou se však pacientům dívat do očí (odvracet zrak od počítače). Sestra často stojí při hovoru nad úrovní

pacienta a při komunikaci se na něj dívá shora. V pacientovi tento úhel pohledu vzbuzuje pocit sestřiny naprosté převahy. Pacient může pociťovat úzkost, tíseň a nutnost se bránit. Je proto důležité zachovat oční kontakt v přímé rovině s pacientem. Celkově lze říci, že správný oční kontakt vzbuzuje v lidech zájem o jeho osobu, přátelství, náklonnost, sympatie. Pohled z očí do očí nesmí být ulpívavý a nesmí přetrvávat dlouho poté, co protějšek zrak sklopí. Rovněž by pohledy neměly být přelétavé a těkavé.

(Venglářová, 2006; Haškovcová, Pavlicová, 2013)

Úsměv

Jedním z neúčinnějších prostředků komunikace je úsměv. I když je zdravotnické prostředí seriózní, vážné a důstojné, je zde vlídný úsměv na správném místě. Musí však být ve správný čas a na správném místě. Úsměv snižuje strach, obavy, úzkost, zvyšuje pocit bezpečí a jistoty. Nesmí však být přehnaně nucený, nadřené přezíravý, umělý a ani koketní.

Úprava zevnějšku

Jde o velmi důležitý projev neverbální komunikace. Každý člověk si všímá, jak člověk vypadá. Úprava zevnějšku může mít velký dopad na první dojem pacienta. Každý člověk má rozdílné názory na to, jak by měl člověk vypadat. Každý má jiné představy o tom, jak vypadá upravený člověk. Pro některého pacienta mohou být nalakované rudé nehty jako nepřipustné, jiný to vnímá jako pěkný doplněk. Problémem pro pacienta může být piercing či tetování. U nemocného odhalené tetování může vyvolat pocit nedůvěry, jelikož tato módní záležitost úplně nekoresponduje s představou sestry jako takové. (Linhartová, 2007)

Úprava zevnějšku je i popsána ve vyhlášce č. 306/2012, kdy:

- „oděv a obuv fyzických osob umístěných do péče poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče a ústavech sociální péče s výjimkou pracovišť akutní lůžkové péče intenzivní se ukládají v centrální šatně, do skříní v pokojích nebo do skříní v prostorách k tomu určených;
- zdravotničtí pracovníci poskytovatelů zdravotních služeb jednodenní nebo lůžkové péče včetně pracovníků laboratoří musí nosit čisté osobní ochranné pracovní prostředky vyčleněné pouze pro vlastní oddělení. Vyčleněnou pracovní obuv lze použít i pro další pracoviště obdobného charakteru. Při práci na jiném pracovišti používají jen osobní ochranné pracovní prostředky tohoto pracoviště. Zdravotnický pracovník nesmí v osobních ochranných pracovních prostředcích opustit areál poskytovatele zdravotních služeb. Zdravotničtí pracovníci u poskytovatelů zdravotních služeb ambulantní péče používají vhodné osobní ochranné pracovní prostředky, a to s přihlédnutím k charakteru jejich činnosti“ (Česko, 2012)

2.2.5.2 Verbální komunikace

Verbální komunikace je zprostředkována pomocí slov. Představuje to, co si pacient a sestra slovně sdělují. Sestra by k pacientovi měla mluvit jasně, přesně a především srozumitelně. Prostřednictvím slov sestra sděluje pacientovi velmi důležité informace, které mu dávají konkrétní informace. Slovy sestra zjišťuje informace o pacientovi, přesvědčuje, utěšuje, motivuje, vysvětluje, povzbuzuje apod. Sestra by měla k pacientovi mluvit uvážlivě a cíleně. Uvážlivě hlavně z toho důvodu, že některá vyřčená slova již nemůže vzít zpět a v pacientovi tato slova mohou zanechat dlouhodobé stopy. Nejčastěji užívaná verbální komunikace je: rozhovor, aktivní či pasivní naslouchání. (Kelnarová, Matějková, 2008)

Rozhovor

Je nejčastější forma komunikace ve zdravotnictví. Sestra jej využívá při každodenní praxi. Forma rozhovoru může být strukturovaná či volná. Formu rozhovoru volíme podle situace a informací, které potřebujeme v danou chvíli získat.

Správně vedený rozhovor by měl obsahovat:

- Jednoduchost – je základ komunikace. Informace by měly být uspořádány do jednoduchých vět, aby pacient ihned pochopil, co mu chceme sdělit.
- Přehlednost – lze zajistit dobrou přípravou před rozhovorem. Měli bychom si sami pro sebe shrnout, co vlastně chceme pacientovi sdělit a v mysli si informace logicky seřadit. V případě edukace je vhodné užití edukačních listů. Ten napomáhá logické návaznosti a celistvosti informací.
- Vhodný čas – je často obtížné správný čas vytipovat. Cílem však je rozhovor naplánovat tak, aby vyhovoval nejen nám, ale i pacientovi. Problematická je odpolední doba, kdy personál má dostatek času na rozhovor, ale pacient v tuto dobu mívá dobu návštěv. Též není vhodné začít vést rozhovor v době, kdy se pacient necítí dobře, či na rozhovor nemá náladu. Proto je často problém odhadnout správný okamžik.
- Individualita – je důležité přihlídnout k emočnímu, psychickému a fyzickému stavu pacienta. Proto by rozhovor měl být veden přiměřeně s ohledem na aktuální stav jednotlivého pacienta. (Ptáček, Bartůněk, 2011; Pokorná, 2007)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Metodika práce

Jedná se o aplikovaný kvantitativně - kvalitativní výzkum, týkající se spokojenosti pacientů s etickými aspekty v čekárnách zdravotnických zařízení. Sběr dat jsem prováděla nenáhodným výběrem respondentů za použití dotazníkového šetření a také nezúčastněného pozorování. Použila jsem nestandardizovaný dotazník, ve kterém jsem použila formu otevřených, polo-otevřených a uzavřených otázek. Velká část otázek se týkala míry spokojenosti s jednotlivými etickými aspekty. Při těchto otázkách jsem využívala škálu od 1 do 5. Číslo jedna značilo velmi spokojený a číslo 5 nespokojený s daným aspektem. Některé otázky byly inspirovány dotazníkem z projektu Kvalita očima pacientů a také vychází z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče a to ze standardů: sledování spokojenosti pacientů, sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče, dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých, podpora zdraví a prevence nemocí. (Česko, 2012)

Výzkum jsem prováděla v jedné krajské nemocnici. Zdravotnické zařízení jsem si vybrala záměrně a poté jsem oslovila vedení tohoto zařízení a následně zažádala o svolení s provedením výzkumu. Vedení jsem předložila dotazník a arch k provedení pozorování. Po vyjádření souhlasu s provedením výzkumu, jsem začala navštěvovat jednotlivé čekárny v ambulantní sféře tohoto zařízení. Jednalo se o čekárny, ke kterým spadá větší množství jednotlivým ambulancí. Sběr dat probíhal v měsících leden - únor 2014.

Dotazníkové šetření

Celkem jsem navštívila 5 čekáren a oslovila 264 respondentů v dotazníkovém šetření. Výzkum jsem prováděla v rámci 12 návštěv čekáren (čekárna č. 1 - 3 návštěvy, čekárna č. 2 - 2 návštěvy, čekárna č. 3 - 2 návštěvy, čekárna č. 4 - 3 návštěvy, čekárna č. 5 - 2 návštěvy). Čekárny jsem navštěvovala vždy v dopoledních hodinách. Nasbírala jsem 118 dotazníků, z toho 18 bylo chybně vyplněno, a proto důvodu nebyly dotazníky do výzkumu zařazeny. Data jsem průběžně vyhodnocovala, tedy měla jsem přehled o celkovém počtu správně vyplněných dotazníků. Při 100. správně vyplněném dotazníku jsem dotazníkové šetření uzavřela. Každého respondenta jsem osobně oslovila, uvedla do problematiky a vysvětlila metodiku vyplnění dotazníku. Při sběru dat jsem se potýkala s neochotou respondentů k vyplnění dotazníku a někteří na mé oslovení reagovali až agresivně.

Nezúčastněné pozorování

Čekárny jsem při metodě pozorování navštívila 5 krát (1 čekárna = 1 návštěva), též v dopoledních hodinách. V 5 čekárnách jsem si vybrala vždy 2 pacienty (2 pacienti = 1 čekárna). Tudíž bylo celkem sledováno 10 pacientů.

Vždy po svém příchodu do čekárny jsem si vybrala respondenty, kteří přišli následně po mém příchodu. Zaznamenávala jsem si do předem vypracovaného archu příchod pacienta do čekárny, vchod do ambulance a následně odchod z ambulance. Sledovala jsem si i další aspekty viz. příloha. Pozorování bylo anonymní a pacienti a ani personál o provádění výzkumu nevěděli. Informování nebyli záměrně z důvodu objektivity pozorování, jelikož jsem se obávala možného ovlivnění výsledků ze strany personálu. Problémem je, že pozorování není etické vůči samotnému personálu a k pacientům též. Jedná se však o základní nástroj výzkumu a cílem pozorování bylo, aby se nepozměnil přístup personálu k pacientům. Což by se pravděpodobně stalo, kdybych předem oznámila průběh výzkumu – pozorování. Vedení zařízení však tuto metodu výzkumu schválilo.

Charakteristika souboru

Vždy jsem se snažila oslovit všechny přítomné v čekárně a požádat je o vyplnění dotazníku. Proto je vzorek respondentů rozmanitý, co se týká věku. Převažovali však lidé mladšího věku, jelikož starší pacienti spíše neměli zájem dotazník vyplnit. Do dotazníku jsem otázku na věkovou kategorii respondenta nezařadila, jelikož jsem chtěla zachovat větší anonymitu respondentů. Dotazovala jsem se pouze na pohlaví respondentů. Celkem jsem nasbírala 100 správně vyplněných dotazníků.

V nezúčastněném pozorování bylo celkem 10 pacientů. Kritériem pro zařazení do pozorování byl příchod do čekárny následně po mém příchodu.

Veškerá data byla zpracována pomocí Microsoft Excel, Microsoft Word a Statistica 12.

Otázky v dotazníku, kde jsem použila číselnou škálu od 1 do 5, jsem vyhodnocovala tak, že číslo 3 jsem zařadila do negativního hodnocení. Jedná se sice o průměrné hodnocení dané oblasti, výsledky by však měly vést ke zlepšení situace v čekárnách. Jelikož daná nemocnice usiluje o nejvyšší kvalitu péče.

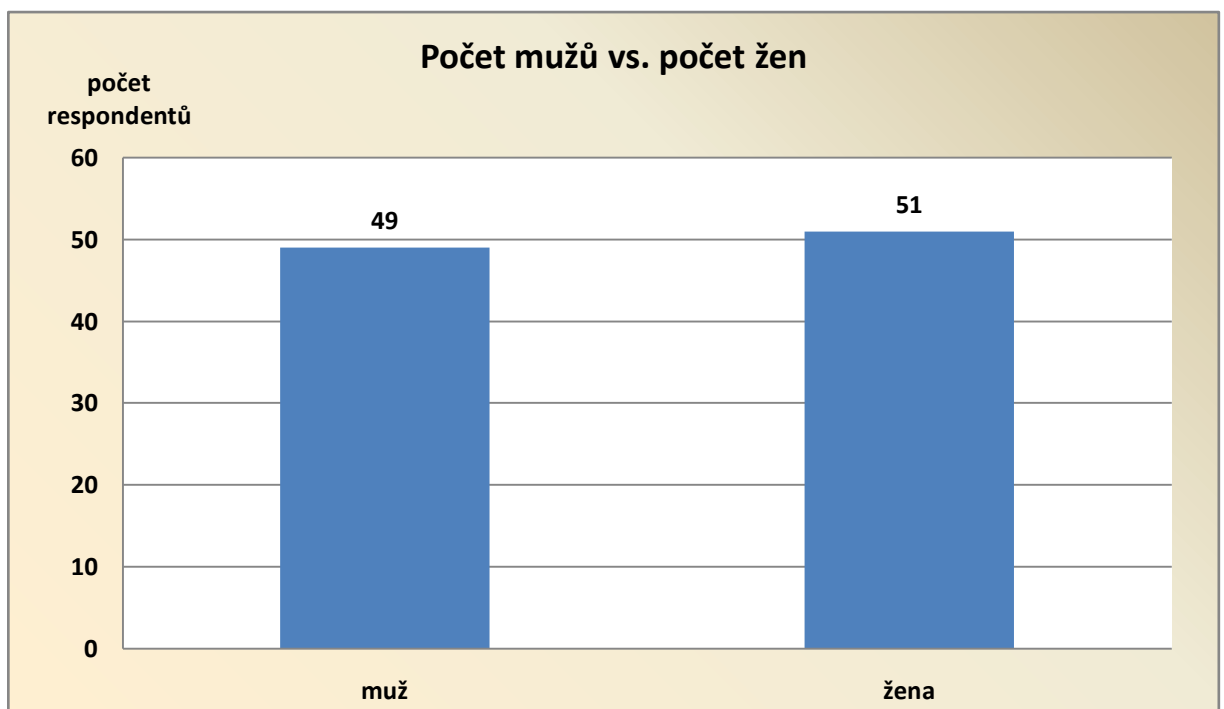
3.2 Prezentace dat

3.2.1 Zpracování a znázornění získaných dat

Otázka č. 1

V první otázce dotazníku jsem se respondentů dotazovala na jejich pohlaví. Zastoupení obou pohlaví bylo téměř vyrovnané. Ve výzkumném vzorku respondentů bylo 51 % žen a 49 % mužů.

n=100

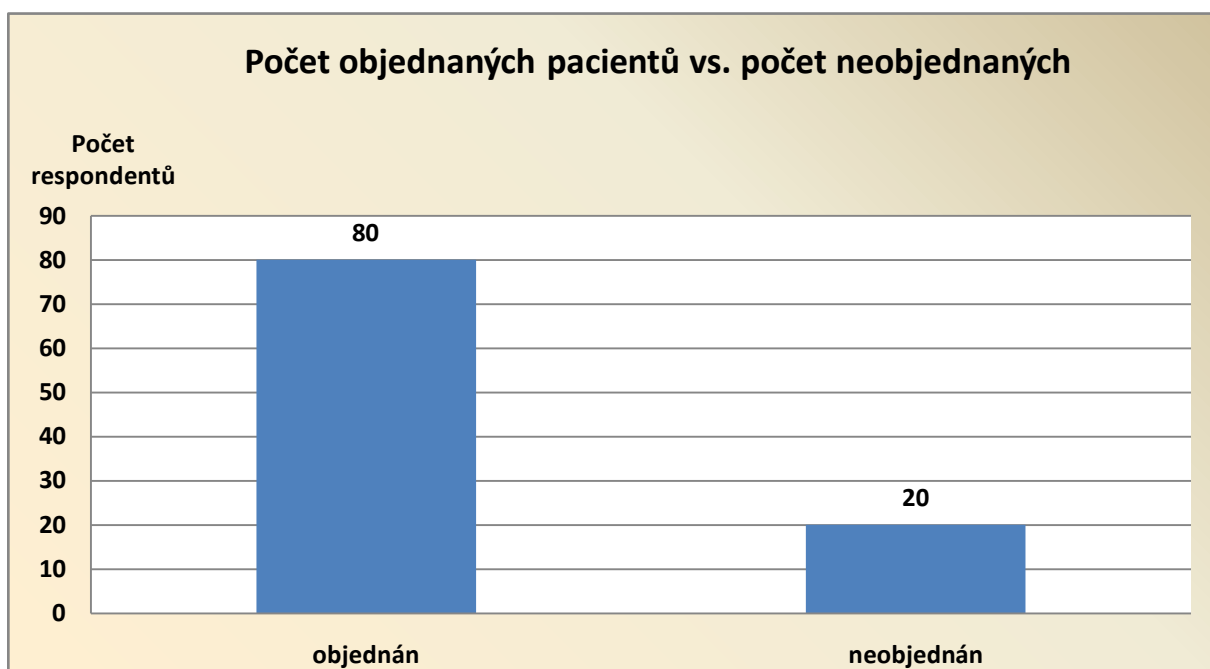


Obrázek 1 Grafické znázornění počtu mužů a žen

Dotazníkové šetření – etické aspekty

Otázka č. 2

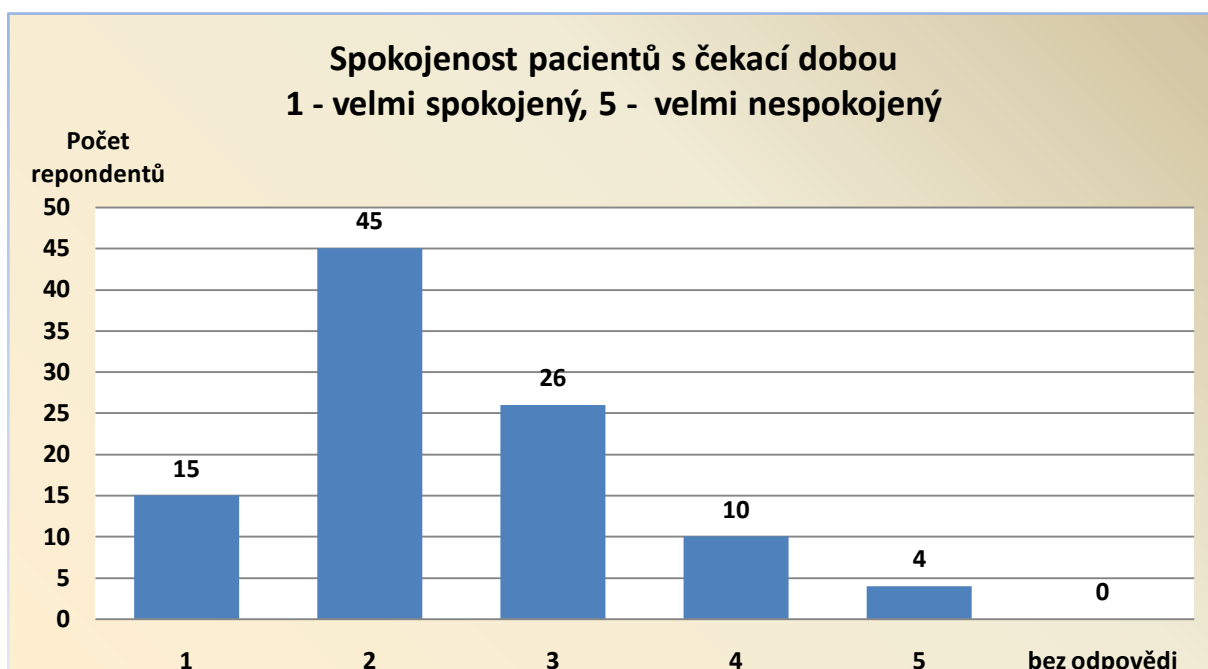
V této otázce jsem se pacientů dotazovala, zda byli k lékaři objednaní či nikoliv. Ze souboru n=100 respondentů odpovědělo 20 %, že k lékaři objednáno nebylo. Zato 80 % ze všech dotázaných bylo k lékaři objednáno na určitou hodinu. Viz. Obrázek 2.



Obrázek 2 Grafické znázornění objednaných a neobjednaných pacientů

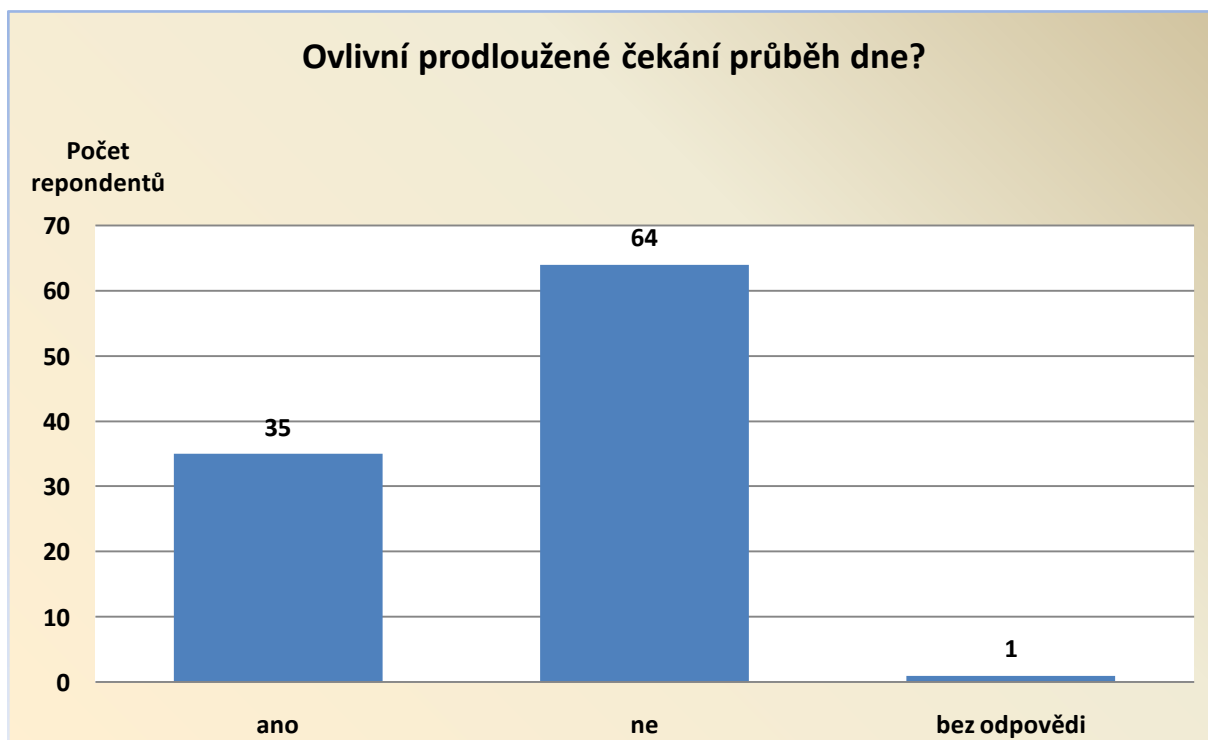
Otázka č. 3

V dotazníku jsem se pacientů ptala na celkovou spokojenost s čekací dobou. Pacienti měli označit míru spokojenosti na škále od 1 do 5, kdy jim bylo sděleno, že hodnoty odpovídají známkování ve škole. 1 značí velmi spokojený s čekací dobou a číslo 5 nespokojený. Pokud bychom označili známky 1 a 2 za kladné hodnocení spokojenosti, pak 60 % respondentů odpovědělo, že je spokojeno s čekací dobou na ošetření. Dále 26 % dotázaných hodnotí spokojenost s čekací dobou průměrně tedy číslem 3. Znamky 4 a 5 uvedlo celkem 14 % respondentů. Pokud bych hodnotu 3 přiřadila k negativnímu hodnocení, poté 40 % respondentů je nespokojeno s čekací dobou na ošetření. Celkové shrnutí můžete vidět níže na Obrázek 3.



Obrázek 3 Grafické znázornění čekací doby na ošetření

Dále jsem se pacientů dotazovala, zda prodloužená čekací doba nějakým způsobem ovlivňuje zbytek jejich dne. 35 % dotázaných odpovědělo, že prodloužené čekání má vliv na průběh celého dne, 64 % pacientů naopak uvedlo, že nikoliv. Jeden respondent odmítl na tuto otázku odpovědět.



Obrázek 4 Grafické znázornění vlivu prodlouženého čekání na průběh dne

Otázka č. 4

V další otázce byla zjišťována míra soukromí pacienta. Konkrétně, zda jsou slyšet rozhovory z ordinace při vyšetřování pacientů přes zavřené dveře. V tomto ohledu jsou výsledky velmi pozitivní, jelikož všichni dotázaní n=100 odpověděli, že žádné hovory z ordinace neslyšeli.

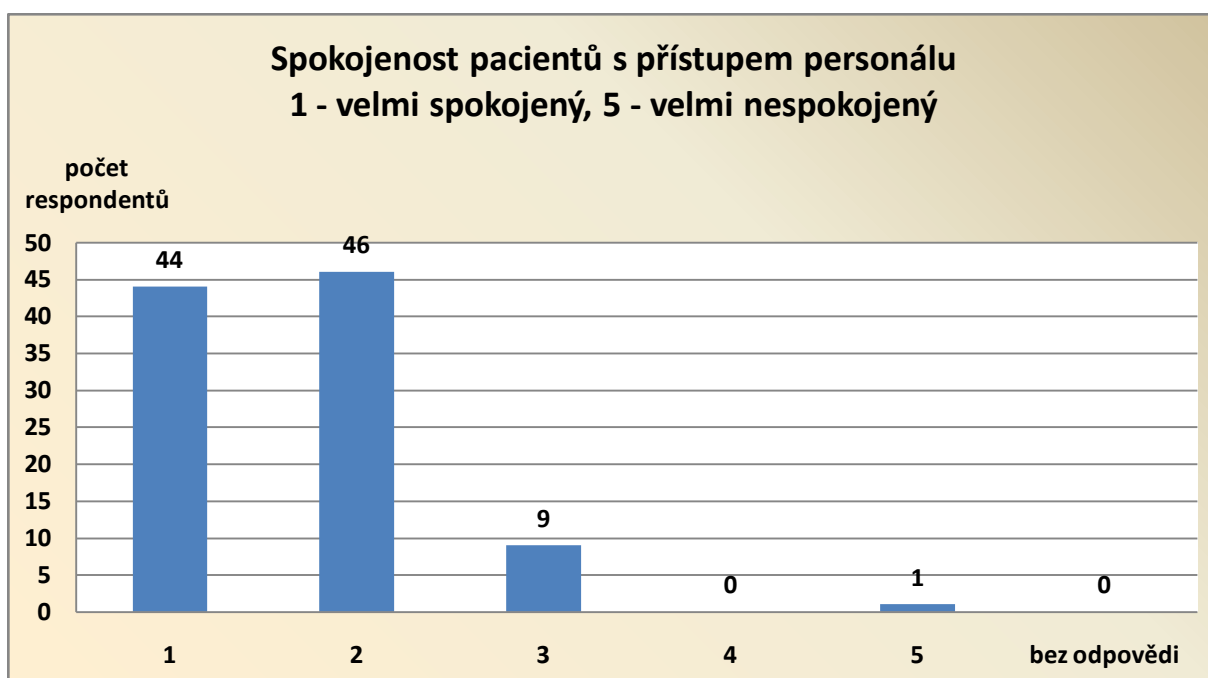
Otázka č. 5

Stejně dobře dopadla další otázka podobného charakteru. Respondentům byla položena otázka, zda si myslí, že u nich či u někoho jiného byla porušena intimita. Na tuto otázku odpovědělo n=100 respondentů a 100 % dotázaných odpovědělo, že si myslí, že intimita u nich či u někoho jiného porušena nebyla.

Otázka č. 6

Další otázka byla zaměřená na spokojenost s přístupem personálu k pacientům a respondenti hodnotili tak na základě svých zkušeností a pocitů. Opět měli respondenti možnost hodnotit na stupnici od 1 (velmi spokojený) do 5 (nespokojený). Drtivá většina byla spokojena s přístupem personálu, a pokud budeme pohlížet na hodnocení 1 nebo 2 jako pozitivní, můžeme říci, že téměř většina dotázaných (90 %) neměla výhrady k přístupu personálu k pacientům. 9 % všech dotázaných ohodnotilo chování personálu průměrně a pouze 1 respondent udal číslo 5, což je možno vidět na Obrázek 5.

n=100

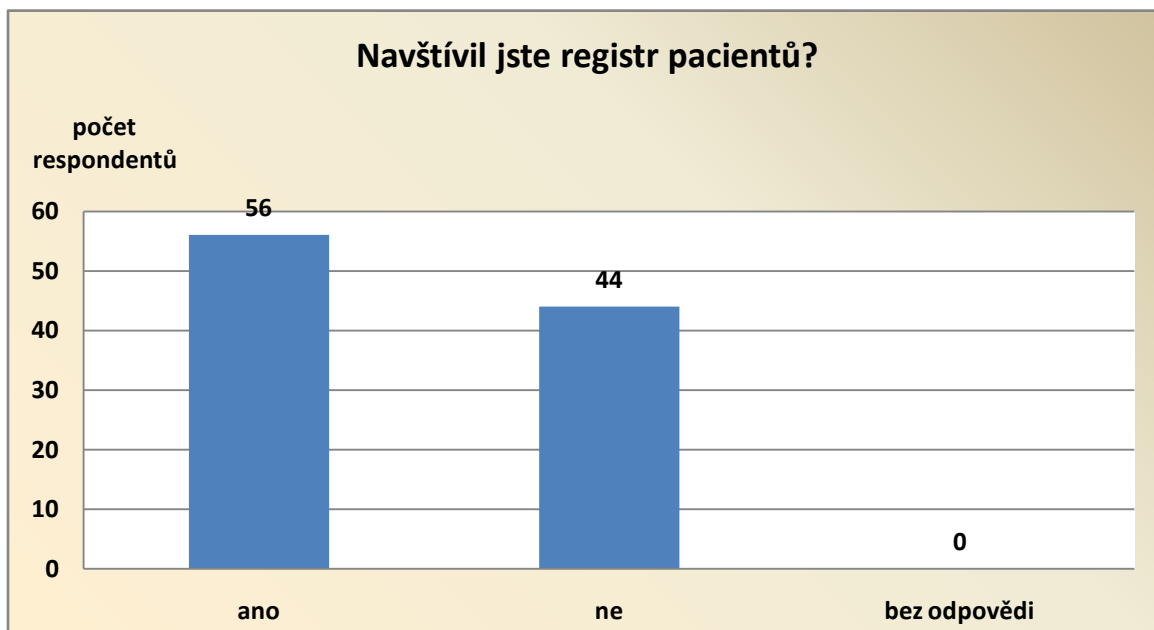


Obrázek 5 Grafické znázornění spokojenosti s přístupem personálu

Otázka č.10

V další otázce jsem se ptala, zda-li pacienti při jejich návštěvě navštívili registr pacientů. Více než ½ (56 % respondentů) odpověděla, že ano a zbytek z celkového souboru n=100 vzorků, tedy 44 % respondentů odpovědělo záporně – nenavštívili registr pacientů. Viz Obrázek 6.

n=100



Obrázek 6 Grafické znázornění návštěvnosti registru pacientů

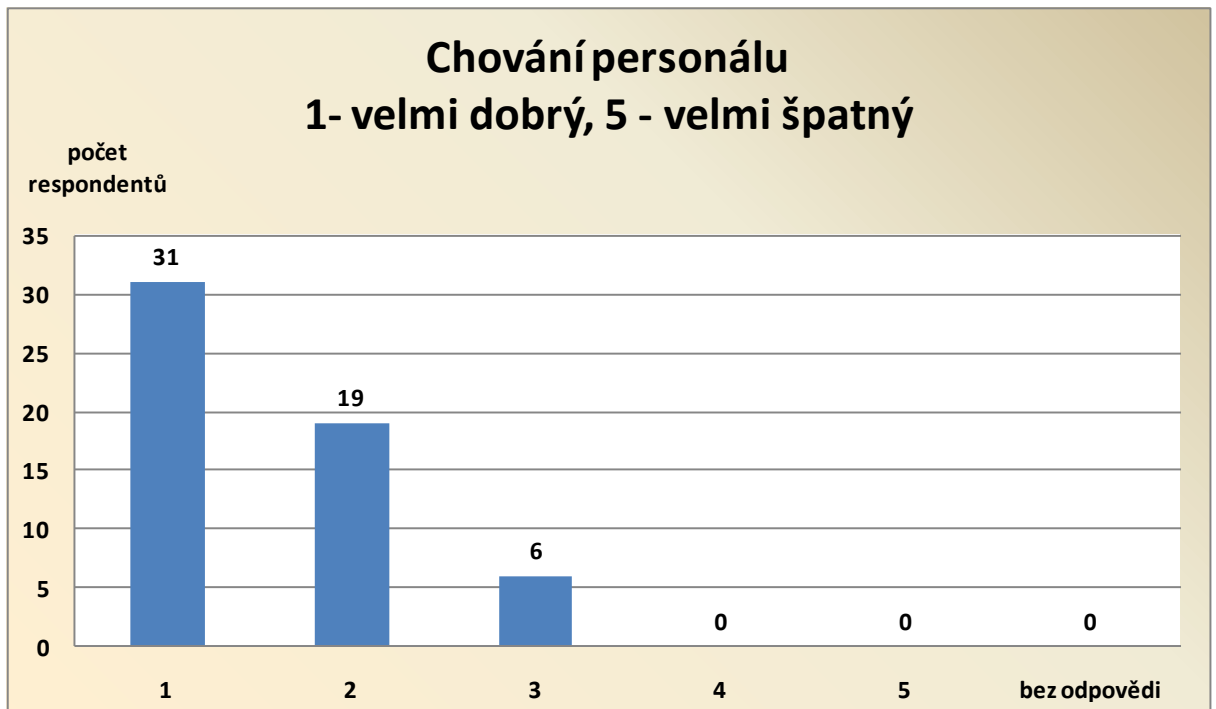
Těm co odpověděli, že již navštívili registr pacientů, celkem se jednalo o soubor n=56, byla položena doplňující otázka, zda jim byly na registru pacientů vysvětleny potřebné pokyny. 89 % (50 respondentů) odpovědělo, že jim potřebné pokyny vysvětleny byly, zbytek tedy 11 % (6 respondentů) odpovědělo, že jim na registru pacientů pokyny vysvětleny nebyly. Tudíž nevěděli, co mají následně provést či co je ještě čeká.



Obrázek 7 Grafické znázornění vysvětlení pokynů na registru

Otázka č. 11

V další otázce byl soubor n=56 respondentů dotazován na spokojenost s chováním nemocničního personálu na registru pacientů. 1 značila velkou spokojenost, naopak 5 značila nespokojenost. Číslo 1 a 2 použilo 89 % dotázaných, číslo 3 použilo 11 % respondentů. Jednalo se tedy o velmi kladné hodnocení. Viz Obrázek 8.



Obrázek 8 Grafické znázornění přístupu personálu na registru pacientů

Nezúčastněné pozorování – etické aspekty***Čekací doba na ošetření***

V druhé části výzkumu jsem se zabývala pozorováním pacientů po jejich příchodu do čekárny viz. metodika práce. Ihned po příchodu pacienta do čekárny jsem si zaznamenala čas jeho příchodu a následně i čas, kdy pacient vstoupil do ordinace lékaře. Níže v Tabulka 1 můžete vidět čas, který jednotliví pacienti strávili v čekárně. Jedná se tedy o čekací dobu na ošetření.

Tabulka 1 Tabulka čekacích dob

	čekací doba v minutách
pacient č. 1	55
pacient č. 2	72
pacient č. 3	22
pacient č. 4	38
pacient č. 5	57
pacient č. 6	84
pacient č. 7	15
pacient č. 8	10
pacient č. 9	43
pacient č. 10	32

Při spočtení aritmetického průměru jsem zjistila průměrnou čekací dobu na ošetření, která je zaokrouhleně 43 minut (42,8 min.). Medián čekací doby je 40,5.

Zaregistrování nově příchozích pacientů

Z celkového počtu n=10 pacientů sestra v 50 % případů zaregistrovala pacienta jako nově příchozího a v 50 % případů jej vůbec nezaregistrovala. Zaměřila jsem se na sestry, které pravidelně vycházely z ordinace lékaře.

Přivítání

Při pozorování jsem se též zaměřila na to, zda sestra pacienta při prvním kontaktu s ním pozdravila. Zaměřila jsem se na sestry, které jsou přímo v ordinaci lékaře, ne na registru pacientů. V 70 % případů sestra při prvním kontaktu s pacientem pacienta nepozdravila, pouze jej oslovila jménem a hovořila k potřebným věcem. Ve zbylých 30 % případů sestra pacienta oslovila jménem a následně jej pozdravila a poté navázala stručnou konverzaci.

Předběžná čekací doba

Při pozorování konverzace mezi pacientem a sestrou jsem si zaznamenávala, zda pacientovi byla sdělena předběžná čekací doba a dále při překročení 30 minut čekací doby udání důvodu prodlouženého čekání na ošetření. Při provádění pozorování jsem zjistila, že mnoho informací je pacientovi sdělováno na registrech pacientů. Přesto jsem se zaměřila na sdělování předběžné čekací doby sestrou, která se nacházela v ordinaci lékaře. V 80 % případů sestra pacientovi nesdělila předběžnou čekací dobu na ošetření. Ve zbylých 20 % sestra pacienta obeznámila s čekací dobou. Celkem u 70 % případů byla překročena čekací doba 30 minut (n=10 pacientů). U těchto pacientů jsem pozorovala, zda sestra pacientům vysvětlila důvod prodloužené čekací doby (n=7 pacientů). Sestra nesdělila důvod prodlouženého čekání celkem 86 % (6 pacientů) pacientů. Pouze 1 pacientovi byl sdělen důvod jeho čekání.

Intimita

Důležitou částí pozorování byl bod týkající se intimity pacienta. Sledovala jsem zdravotnický personál, zda u pacienta neporušil intimitu. Jednalo se hlavně o odhalení některé části citlivé partie těla, sdělení důvěrných informací v čekárně, sdělení jakéhokoliv osobního údaje týkající se pacienta - diagnóza, rodné číslo apod. Výsledky pozorování jsou výborné, jelikož ani u jednoho pacienta nebyla porušena intimita týkající se bodů, které jsem již zmínila.

Přednostní vstup do ordinace

Dále jsem pozorovala ostatní pacienty a jejich příchod před či po příchodu mého vybraného pacienta. Soustředila jsem se na to, zda zdravotnický personál neupřednostňuje jiné pacienty na úkor mého vybraného respondenta aniž by to vyžadoval jeho zdravotní stav. Výsledky jsou

opět velmi kladné, jelikož v mém vzorku respondentů n=10 jsem zjistila, že pouze u jednoho pacienta došlo k upřednostnění jiného pacienta na jeho úkor. Tím upřednostněným pacientem bylo dítě ve věku kolem 10 let, tudíž i toto upřednostnění je ze strany personálu pochopitelné.

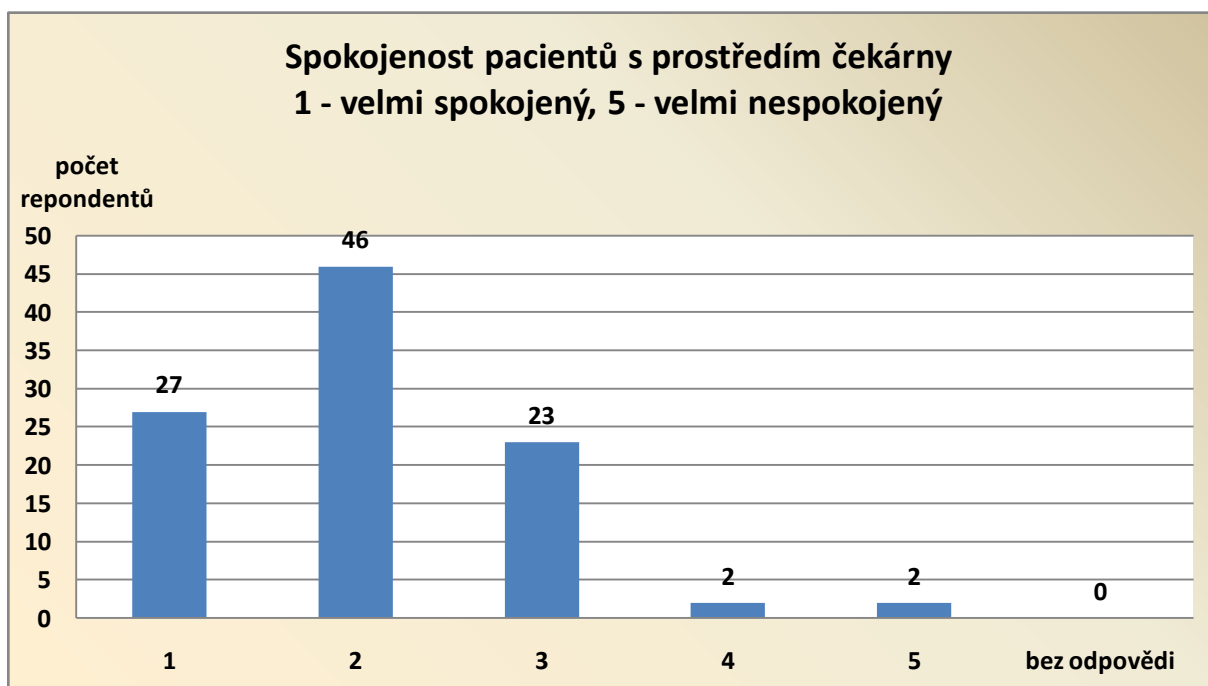
Dotazníkové šetření – spokojenost pacientů s čekárnou

Otázka č. 7

K tématu spokojenosti s prostředím čekárny jsem položila 7 podotázek, týkající se spokojenosti s velikostí čekárny, vybavením čekárny, kvalitou vzdělávacího materiálu, výzdobou čekárny, barvou stěn, ovzduším, s provozem, s informacemi kladenými pomocí nástěnek, cedulí a plakátů přičemž soubor n=100 respondentů hodnotil jednotlivé otázky takto:

Pacientů jsem se v dotazníkům ptala na jejich **celkovou spokojenost s prostředím čekárny**. Opět měli na škále od 1 (velmi spokojený) do 5 (nespokojený) ohodnotit jejich spokojenost. 73 % dotázaných odpovědělo, že je spokojeno s prostředím čekárny, tedy udali hodnoty 1 a 2. Průměrně (číslem 3) hodnotilo prostředí čekárny 23 % respondentů. Celkem 4 (4 %) respondenti hodnotili prostředí čekárny negativně, tedy udali hodnoty 4 a 5. Pokud průměrné hodnocení, tedy číslo 3, budu brát též jako negativní, tak 27 % respondentů nebylo spokojeno s prostředím čekárny. Viz. Obrázek 9

n=100



Obrázek 9 Grafické znázornění spokojenosti s prostředím čekárny

S velikostí čekárny bylo spokojeno 86 % dotázaných. Negativní hodnocení – *spíše nespokojený*, *nespokojený* udalo celkově 14 % dotázaných. Viz. Obrázek 10.

n=100



Obrázek 10 Grafické znázornění spokojenosti s velikostí čekárny

Se vzdělávacími materiály v čekárně bylo spokojeno celkem 50 % dotázaných – udalo tedy hodnocení *spokojený* a *spíše spokojený*. Zbýlých 50 % respondentů uvedlo, že je *spíše nespokojeno* nebo *nespokojeno* s kvalitou vzdělávacího materiálu a jeden respondent se odmítl k tématu vyjádřit. Viz. Obrázek 11.

n=100



Obrázek 11 Grafické znázornění spokojenosti s kvalitou vzdělávacího materiálu

V další části otázky jsem se dotazovala na spokojenost s vybavením čekárny. 64 % respondentů udalo kladné hodnocení, tedy *spíše spokojený a spokojený*. Negativní hodnocení - *spíše nespokojený a nespokojený* uvedlo 36 % respondentů Viz. Obrázek 12.

n=100



Obrázek 12 Grafické znázornění spokojenosti s vybavením čekárny

Výzdoba čekárny zaujala 58 % dotázaných, uvedli tedy kladné hodnocení – *spíše spokojený a spokojený*. Respondentů, kteří uvedli negativní hodnocení - *spíše nespokojený, nespokojený* bylo 42 % Viz. Obrázek 13.

n=100



Obrázek 13 Grafické znázornění spokojenosti s výzdobou čekárny

Spokojených pacientů s barevností stěn v čekárně bylo 89 %. Negativně hodnotilo barevnost stěn v čekárnách 11 % pacientů, kteří uvedli hodnocení spíše nespokojený a nespokojený. Viz. Obrázek 14.

n=100



Obrázek 14 Grafické znázornění spokojenosti s barvou stěn

S ovzduším v čekárně bylo spokojeno 84 % respondentů, kteří odpověděli na otázku - spíše spokojený a spokojený, tedy hodnocení bylo kladné. Respondentů, kteří negativně hodnotili ovzduší bylo celkem 16 % (spíše nespokojený, nespokojený). Viz. Obrázek 15.

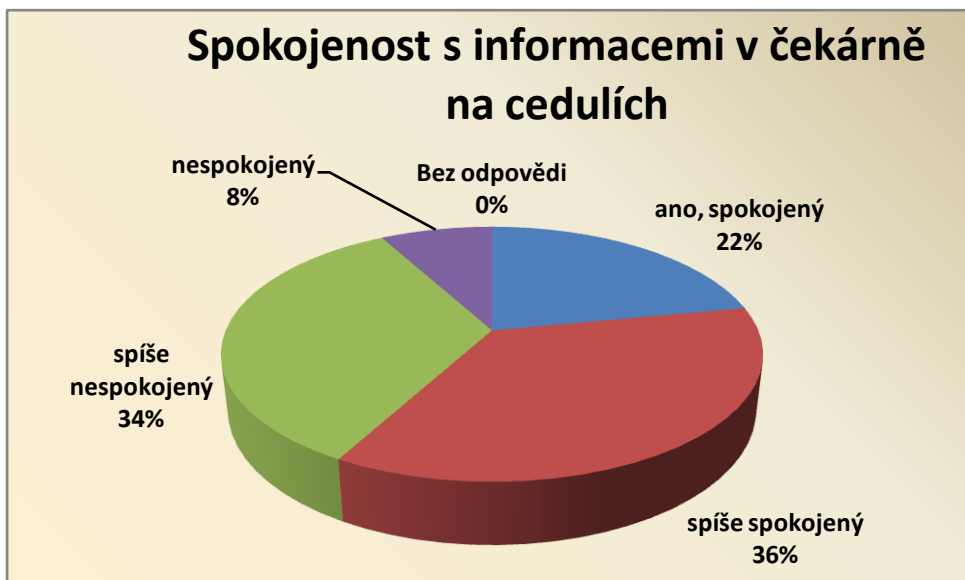
n=100



Obrázek 15 Grafické znázornění spokojenosti s ovzduším

Spokojeno s informacemi v čekárně bylo 58 % respondentů, udávali tak hodnocení - *spíše spokojený a spokojený*. Pacientů, kteří uvedli, že jsou - *spíše nespokojeni a nespokojeni* bylo 42 % a jeden respondent odmítl na tuto otázku odpovědět. Viz. Obrázek 16.

n=100



Obrázek 16 Grafické znázornění spokojenosti s informacemi na cedulích, nástěnkách a plakátech

Dále měli pacienti odpovídat na otázku, zda jsou spokojeni s provozem čekárny. Spokojeno s provozem čekárny bylo 80 % všech dotázaných. Negativně hodnotilo provoz čekárny 20 % pacientů, kteří odpověděli, že jsou spíše nespokojeni či udali, že jsou přímo nespokojeni s provozem čekárny. Viz. Obrázek 17.

n=100

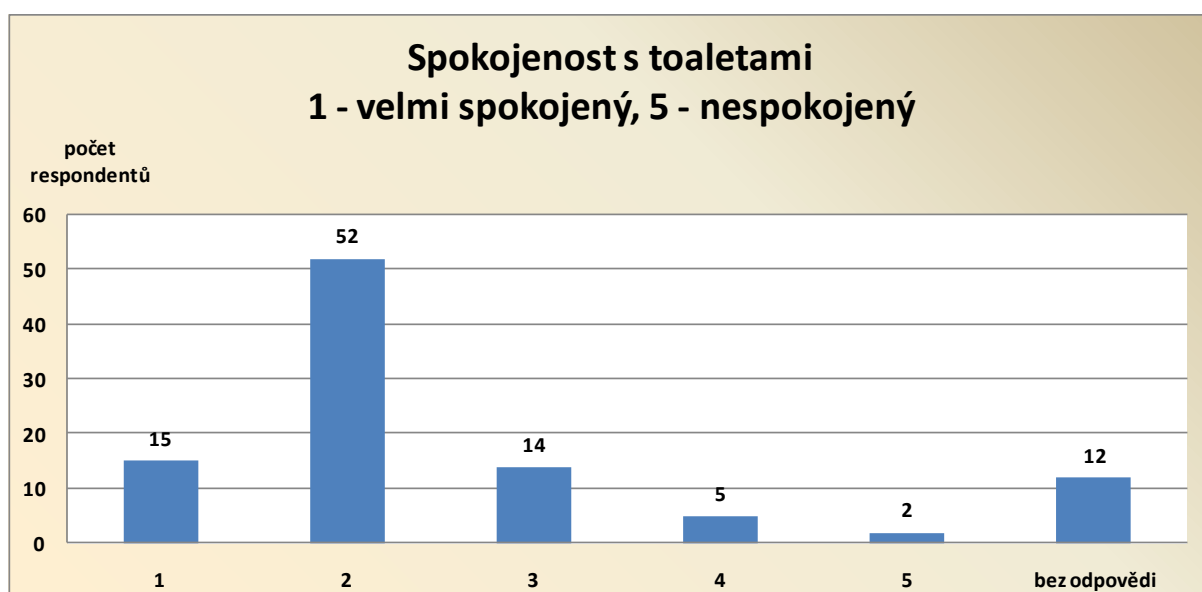


Obrázek 17 Grafické znázornění spokojenosti s provozem

Otázka č. 8

V této otázce jsem se dotazovala na celkovou spokojenost s toaletami. Opět respondenti měli udát hodnotu, která odpovídá míře jejich spokojenosti na škále od 1 (velmi spokojený) do 5 (nespokojený). Z celkového počtu n=100 ohodnotilo toalety číslem 1 a 2 – 67 % respondentů, jedná se tedy o pozitivní hodnocení. Číslem 3, tedy průměrně, ohodnotilo svou spokojenost s toaletami 14 % dotázaných. Negativní hodnocení toalet uvedlo 7 % respondentů, kteří ohodnotili svou spokojenost čísly 4 a 5 a 12 % respondentů se odmítlo k dané otázce vyjádřit. Pokud průměrné hodnocení budu brát též jako negativní, pak 21 % respondentů bylo nespokojeno s toaletami. Viz. Obrázek 18.

n=100



Obrázek 18 Grafické znázornění spokojenosti s toaletami

I zde následovaly podotázky a z celkového počtu vzorků n=100 odpověděli respondenti takto: Spokojeno bylo s čistotou toalet 63 % dotázaných, uvedli tedy odpověď spokojený a spíše spokojený. Negativně (spíše nespokojený, nespokojený) ohodnotilo čistotu toalet celkem 25 % respondentů a 12 respondentů se odmítlo k této problematice vyjádřit. Viz. Obrázek 19.

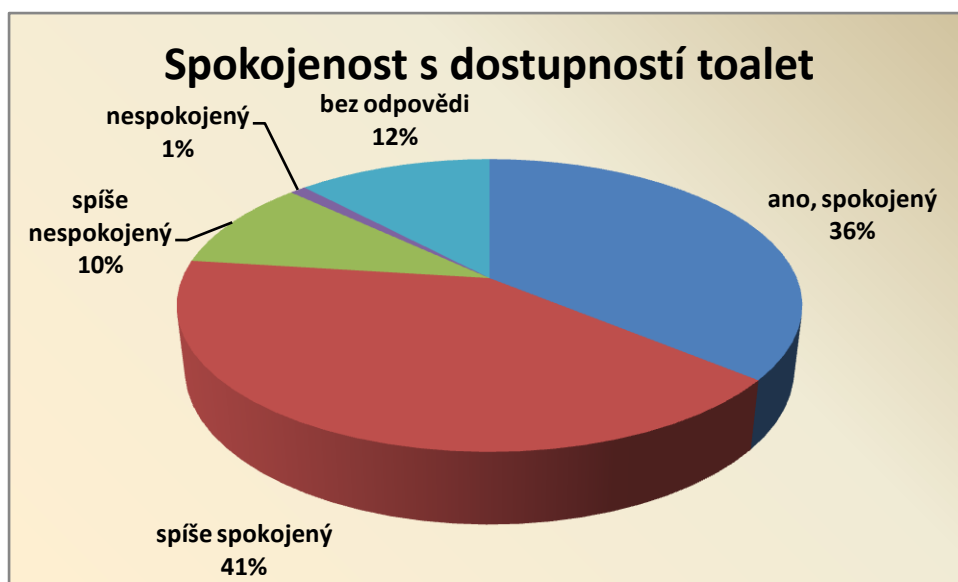
n=100



Obrázek 19 Grafické znázornění spokojenosti s čistotou toalet

Při hodnocení toalet bylo 77 % respondentů spokojeno s dostupností toalet, odpovědi těchto respondentů tedy byly *spokojený* a *spíše spokojený*. Negativně hodnotilo dostupnost 11 % dotázaných a opět 12 respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Viz. Obrázek 20.

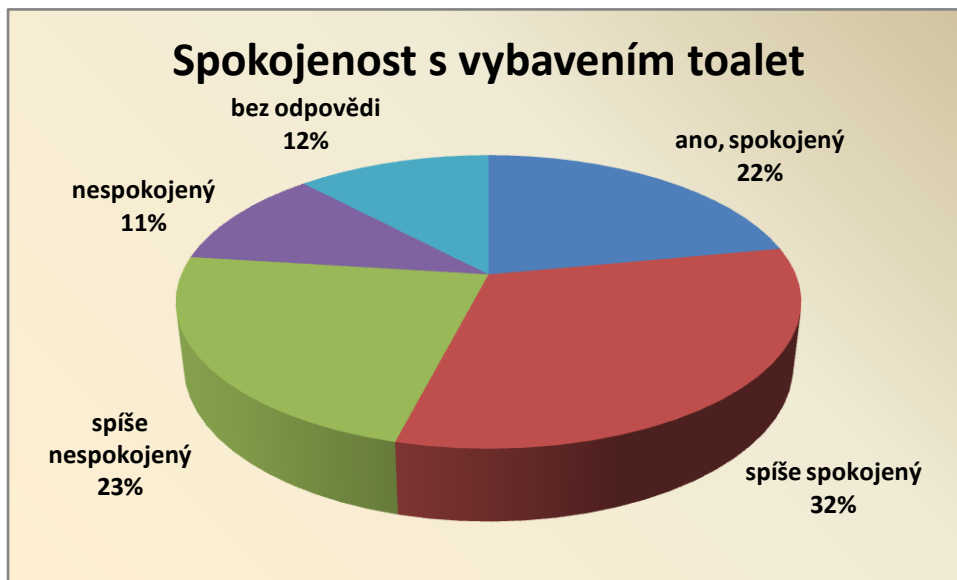
n=100



Obrázek 20 Grafické znázornění spokojenosti s dostupností toalet

Spokojenost s vybavením toalet byla více než u ½ dotázaných (54 % respondentů). Negativní hodnocení - spíše nespokojený a nespokojený udalo 34 % dotázaných a 12 % ze všech dotázaných se odmítlo k tématu vyjádřit. Viz. Obrázek 21.

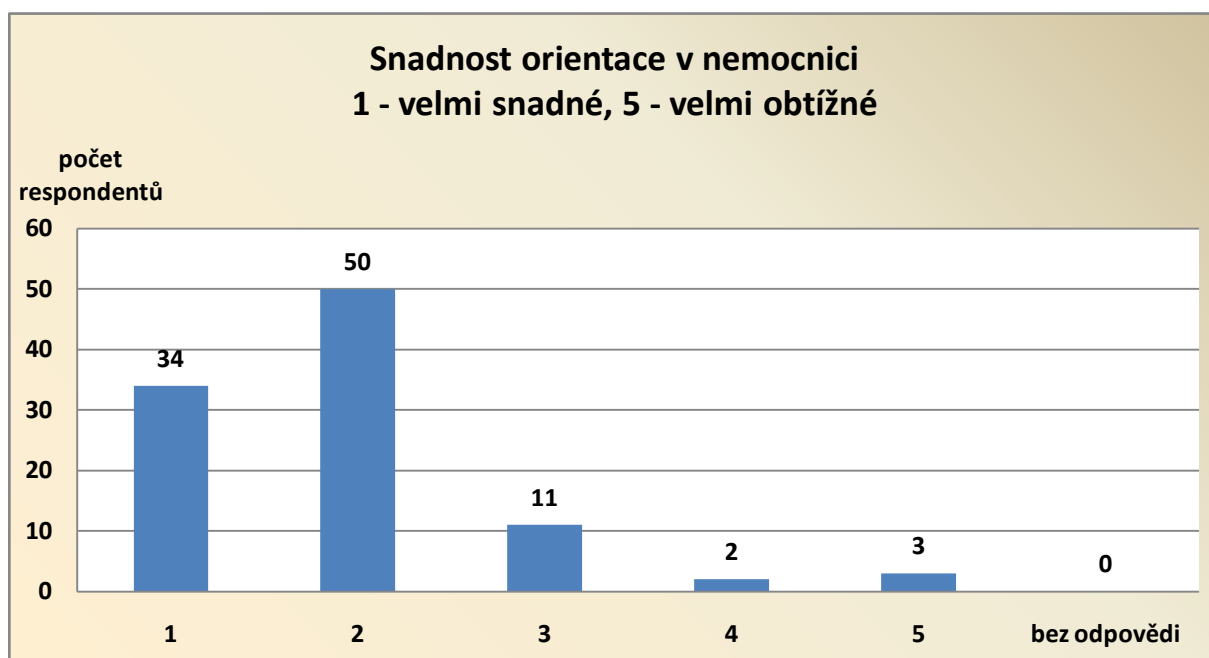
n=100



Obrázek 21 Grafické znázornění spokojenosti s vybavením toalet

Otázka č. 9

V této otázce jsem se dotazovala na snadnost orientace v nemocnici, přičemž číslo 1 označovalo velmi snadnou orientaci a číslo 5 označovalo velmi obtížnou orientaci. Pokud opět budeme brát hodnoty 1 a 2 za kladné hodnocení pacientů, tak 84 % všech dotázaných se snadno zorientovalo v prostředí nemocnice. Průměrně tedy číslem 3 ohodnotilo orientaci 11 % respondentů. Negativní hodnocení (číslo 4 a 5) udalo 5 % pacientů, tudíž pro ně byla při jejich první návštěvě ordinace orientace v prostředí nemocnice složitá. Pokud číslo 3, budu brát jako negativní hodnocení, pak 16 % respondentů se těžce zorientovalo v prostředí nemocnice. Viz. Obrázek 22.



Obrázek 22 Grafické znázornění orientace v areálu nemocnice

Otázka č. 12

V poslední otázce jsem se dotazovala na spokojenost s parkováním v areálu nemocnice, nebo jejím okolí. Z celkového vzorku n=100 respondentů odpovědělo 25 % (odpověď spíše spokojený, spokojený), že jsou spokojeni se současným parkováním. 56 % respondentů udalo negativní hodnocení situace týkající se parkování, jelikož udávali odpovědi spíše nespokojený či nespokojený. 19 % respondentů se k tématu vůbec nevyjádřilo. Viz. Obrázek 23.

n=100.



Obrázek 23 Grafické znázornění spokojenosti s parkováním

Nezúčastněné pozorování – prostředí čekárny

První příchod sestry do čekárny

Dále jsem do záznamového archu zaznamenávala první příchod sestry do čekárny od pacientova příchodu. Při spočtení aritmetického průměru jsem zjistila, že sestra vychází z ordinace průměrně po 11 minutách (10,9 min).

Místa k sezení

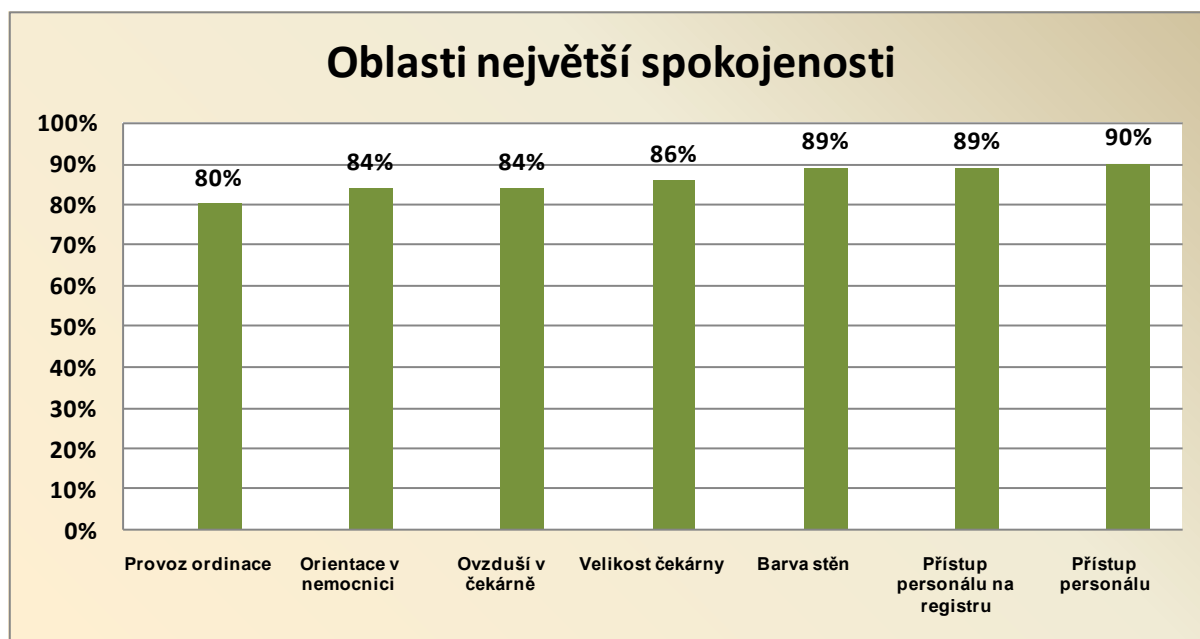
Pozorovala jsem také, zda se pacient má po svém příchodu kam posadit. Sledovala jsem tedy volná místa k sezení. 60 % pacientů po svém příchodu nemělo volné místo k sezení, zbylých 40 % se ihned po svém příchodu usadilo na volné místo.

Oblasti největší nespokojenosti respondentů



Obrázek 24 Grafické znázornění oblastí největší nespokojenosti

Oblasti největší spokojenosti respondentů



Obrázek 25 Grafické znázornění oblastí největší spokojenosti

3.2.2 Statistické zpracování

Stanovila jsem si 4 hypotézy, které byly ověřeny na základě dat získaných při dotazníkovém šetření. Celkový soubor tvořilo 100 respondentů, kteří správně vyplnili dotazník viz. metodika práce.

Pro statistické testování jsem vybrala oblasti, v kterých pacienti byli nejvíce nespokojeni. V těchto oblastech bylo 40 % a více respondentů nespokojeno. Nespokojenost se týkala: čekací doby; kvality vzdělávacího materiálu; informací na cedulích, nástěnkách a plakátech; výzdoby čekárny.

Výzkumná otázka: Ovlivňuje umístění čekárny spokojenost pacientů s: čekací dobou; kvalitou vzdělávacího materiálu; s informacemi na cedulích, nástěnkách a plakátech; výzdobou čekárny.

Prvně jsem si zformulovala nulovou a alternativní hypotézu. Nulová hypotéza (H_0) udává to, že mezi sledovanými jevy není statisticky významný rozdíl. Alternativní hypotéza (H_A) udává, že mezi sledovanými jevy je statisticky významný rozdíl. O přijetí či zamítnutí se rozhoduje na základě testování nulové hypotézy. (Chrástka, 2007)

Testy byly provedeny na hladině významnosti 5 % ($\alpha=0,05$). Hladinou významnosti je vyjádřena pravděpodobnost, že nesprávně zamítneme nulovou hypotézu. Dále pomocí programu Statistica 12 jsem spočítala pomocí Pearsonova χ^2 hodnotu p. Porovnála jsem hodnotu p s $\alpha=0,05$. Pokud je p menší než 0,05, nulovou hypotézu zamítáme. Znamená to, že pravděpodobnost, že by pozorované rozdíly i závislosti vznikly je menší než 5 %. Pokud je hodnota p větší než 0,05, nulovou hypotézu nezamítáme. (Chrátka, 2007)

3.2.2.1 Spokojenost pacientů s čekací dobou na ošetření

Jak byste ohodnotil/a na škále od 1 do 5 Vaši spokojenost s čekací dobou na ošetření?
Oznámkuje jako ve škole 1=největší spokojenost 5=nejmenší spokojenost

Pracovní hypotéza:

Umístění čekárny má vliv na spokojenost respondentů s čekací dobou. Pacienti v různých čekárnách budou různě spokojeni s čekací dobou na ošetření.

H₀: Mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s čekací dobou není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s čekací dobou je statisticky významný vztah.

Tabulka 2 Kontingenční tabulka spokojenosti s čekací dobou

	spokojenost s čekací dobou		
	spokojený	nespokojený	celkem
čekárna č.1	9	6	15
čekárna č.2	8	8	16
čekárna č.3	12	11	23
čekárna č.4	11	5	16
čekárna č.5	20	10	30
celkem	60	40	100

Tabulka 3 Pearsonův chí-kvadrát

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	2,319595	df=4	p=,67720

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 jsem zjistila, že hodnota $p > 0,05$. Tudiž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s čekací dobou na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace:

Na základě testování jsem zjistila, že mezi konkrétní čekárnou a spokojeností respondentů s čekací dobou není statisticky významný vztah. Pacienti jsou ve všech zkoumaných čekárnách stejně spokojeni s čekací dobou na ošetření. Pacienti byli nejvíce spokojeni s čekací dobou na ošetření v čekárně č. 4 a nejvíce nespokojeni byli v čekárně č. 2.

3.2.2.2 Spokojenost pacientů s výzdobou čekárny

Jste spokojený/á s výzdobou čekárny?

Zakroužkujte jednu z možností, se kterou souhlasíte (oznámkujte jako ve škole)

1 - Ano, spokojený 2 - spíše spokojený 3- spíše nespokojený 4 - nespokojený

Pracovní hypotéza:

Umístění čekárny má vliv na spokojenost respondentů s výzdobou čekárny. Pacienti v různých čekárnách budou různě spokojeni s výzdobou čekárny.

H_0 : Mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s výzdobou není statisticky významný vztah.

H_A : Mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s výzdobou je statisticky významný vztah.

Tabulka 4 Kontingenční tabulka spokojenosti s výzdobou čekárny

	spokojenost s výzdobou čekárny		celkem
	spokojený	nespokojený	
čekárna č.1	6	9	15
čekárna č.2	9	7	16
čekárna č.3	11	12	23
čekárna č.4	13	3	16
čekárna č.5	19	11	30
celkem	58	42	100

Tabulka 5 Pearsonův chí-kvadrát

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	6,893280	df=4	p=,14164

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 jsem zjistila, že hodnota $p > 0,05$. Tudiž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s výzdobou na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace:

Na základě testování jsem zjistila, že mezi konkrétní čekárnou a spokojeností respondentů s výzdobou není statisticky významný vztah. Pacienti jsou ve všech zkoumaných čekárnách stejně spokojeni s výzdobou čekárny. Pacienti byli nejvíce spokojeni s výzdobou v čekárně č. 4 a nejvíce nespokojeni v čekárně č. 1.

3.2.2.3 Spokojenost pacientů s informacemi, které jsou sdělovány pomocí nástěnek, cedulí, plakátů**Jste spokojený/á s informacemi, které jsou Vám sdělovány pomocí nástěnek, cedulí, plakátů?**

Zakroužkujte jednu z možností, se kterou souhlasíte (označte jako ve škole)

1 - Ano, spokojený 2 - spíše spokojený 3- spíše nespokojený 4 - nespokojený

Pracovní hypotéza:

Umístění čekárny má vliv na spokojenost respondentů s informacemi na cedulích, plakátech a nástěnkách. Pacienti v různých čekárnách budou různě spokojeni s informacemi na cedulích, plakátech a nástěnkách.

H_0 : Mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s informacemi na cedulích, plakátech a nástěnkách není statisticky významný vztah.

H_A : Mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s informacemi na cedulích, plakátech a nástěnkách je statisticky významný vztah.

Tabulka 6 Kontingenční tabulka spokojenosti s informacemi na cedulích

	spokojenost s informacemi na cedulích		
	spokojený	nespokojený	celkem
čekárna č.1	7	8	15
čekárna č.2	8	8	16
čekárna č.3	11	12	23
čekárna č.4	12	4	16
čekárna č.5	20	10	30
celkem	58	42	100

Tabulka 7 Pearsonův chí-kvadrát

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	5,011780	df=4	p=,28609

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 jsem zjistila, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázáný statisticky významný rozdíl mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s informacemi na cedulích, plakátech a nástěnkách na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace:

Pomocí testování jsem zjistila, že mezi konkrétní čekárnou a spokojeností respondentů s informacemi na cedulích, plakátech a nástěnkách není statisticky významný vztah. Pacienti jsou ve všech zkoumaných čekárnách stejně spokojeni s informacemi na cedulích, plakátech a nástěnkách. Pacienti byli nejvíce spokojeni s informacemi na cedulích, plakátech a nástěnkách v čekárně č. 4 a nejvíce nespokojeni v čekárně č. 1.

3.2.2.4 Spokojenost pacientů s kvalitou vzdělávacího materiálu

Jste spokojený/á s kvalitou vzdělávacího materiálu v čekárně?

Zakroužkujte jednu z možností, se kterou souhlasíte (oznámkujte jako ve škole)

1 - Ano, spokojený 2 -spíše spokojený 3- spíše nespokojený 4 - nespokojený

Pracovní hypotéza:

Umístění čekárny má vliv na spokojenost respondentů s kvalitou vzdělávacího materiálu. Pacienti v různých čekárnách budou různě spokojeni s kvalitou vzdělávacího materiálu.

H₀: Mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s kvalitou vzdělávacího materiálu není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s kvalitou vzdělávacího materiálu je statisticky významný vztah.

Tabulka 8 Kontingenční tabulka spokojenosti s kvalitou vzdělávacího materiálu

	spokojenost s kvalitou vzdělávacího materiálu		
	spokojený	nespokojený	celkem
čekárna č.1	7	8	15
čekárna č.2	7	9	16
čekárna č.3	12	11	23
čekárna č.4	7	9	16
čekárna č.5	17	13	30
celkem	50	50	100

Tabulka 9 Pearsonův chí-kvadrát

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	1,143478	df=4	p=,88731

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 jsem zjistila, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi konkrétní čekárnou a odpovědí respondentů na spokojenost s kvalitou vzdělávacího materiálu na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace:

Na základě testování jsem zjistila, že mezi konkrétní čekárnou a spokojeností respondentů s kvalitou vzdělávacího materiálu není statisticky významný vztah. Pacienti jsou ve všech zkoumaných čekárnách stejně spokojeni s kvalitou vzdělávacího materiálu. Pacienti byli nejvíce spokojeni s kvalitou vzdělávacího materiálu v čekárně č. 5 a nejvíce nespokojeni v čekárnách č. 2 a č. 4.

Z výsledků spokojenosti jsem zjistila, že pacienti nejvíce byli nespokojeni v čekárně č. 2 a to ve dvou oblastech - spokojenost s čekací dobou a s kvalitou vzdělávacího materiálu. Nejvíce spokojeni byli v čekárně č. 4 a to ve třech oblastech – spokojenost s čekací dobou, výzdobou a informacemi na cedulích, plakátech a nástěnkách.

3.3 Diskuze

V mé diplomové práci jsem se zabývala problematikou kvality péče a dodržováním etických aspektů v čekárnách zdravotnického zařízení. Výzkumný soubor tvořilo 100 respondentů, kde zastoupení mužů a žen bylo takřka vyrovnané. Vždy jsem oslovila všechny pacienty v čekárně a velmi často jsem se potýkala s neochotou respondentů. Odmítali mne starší respondenti, kteří neměli zájem cokoli vyplňovat. Obvykle jsem slýchala, že pacient momentálně není v dobré psychické kondici a svými dotazy jej obtěžují. Někteří se chovali až agresivně. Stanovila jsem si 3 hlavní oblasti, které jsem sledovala. Jako první oblast jsem si zvolila dodržování etických aspektů, zejména respektování intimity pacienta. 2. oblastí bylo prostředí čekárny a jako 3. jsem si stanovila provoz čekárny.

Jako hlavní výzkumnou otázku jsem si stanovila:

Jak jsou pacienti spokojeni s dodržováním etických aspektů (porušení intimity, čekací doba na ošetření, přístup personálu), vybavením (prostředím, toaletami) a provozem v čekárnách zdravotnického zařízení (čekací doba, orientace v prostředí, vysvětlení pokynů, parkování)?

V otázce č. 3 jsem se pacientů dotazovala na jejich spokojenost s čekací dobou na ošetření. Pacienti měli svou míru spokojenosti vyjádřit čísly na škále od 1 do 5, kdy hodnoty odpovídaly známkování ve škole. Kladně, tedy čísla 1 a 2, odpovědělo 60 % všech respondentů, což je velice pozitivní. Musíme však brát v úvahu, že 80 % respondentů bylo objednáno na určitou hodinu. Při vyhodnocování dotazníků jsem hodnotu číslo 3, započítala do negativního hodnocení. Nastavila jsem záměrně takto přísné hodnocení, jelikož dané zařízení usiluje o co nejvyšší kvalitu poskytované péče. Dále pacienti, kteří udávali tuhle hodnotu, hodnotili svoji spokojenost ve chvíli, kdy jsem je požádala o vyplnění dotazníku. Pokud bych je však o vyplnění požádala o chvíli později, čekací doba by byla delší, mohli by být více nespokojeni (udávali by hodnoty své spokojenosti vyšší než 3). *Předpokládala jsem, že objednaní respondenti budou více spokojeni s čekací dobou na ošetření než ti, kteří objednaní nebyli.* Při detailním rozboru jsem zjistila, že z celkového počtu *objednaných* pacientů 39 % udávalo hodnoty své spokojenosti 3 a vyšší. Přitom 25 % udalo hodnotu 3, 9 % hodnotu 4 a 5 % hodnotu 5. Z celkového počtu *neobjednaných* respondentů 45 % uvádělo hodnoty své spokojenosti s čekací dobou 3 a více. 30 % neobjednaných pacientů označilo číslo 3 a 15 % číslo 4 a ani jeden respondent neuvedl číslo 5.

Pokud bych označila čísla 4 a 5 za velmi záporné hodnocení 14 % objednaných pacientů nebylo spokojeno s čekací dobou na ošetření. Záporně hodnotilo čekací dobu 15 % neobjednaných pacientů. Výsledky ukazují, že pacienti objednaní nejsou více spokojeni s čekací dobou na ošetření než pacienti neobjednaní.

Respondenti, kteří uváděli hodnoty 3 a více byli dotazováni, co se jim na čekací době nelíbí. Pacienti nejčastěji uváděli, že se jim nelíbí dlouhá doba čekání na ošetření. Dále také uváděli důvody své nespokojenosti: velké množství lidí v čekárně, upřednostnění jiných pacientů, nepříjemnou sestru v ordinaci lékaře, neznalost předběžné čekací doby či objednávání pacientů na dlouhou dobu dopředu a nedodržování doby, na kterou jsou objednaní. V průzkumu společnosti Compu Group Medical se zjistilo, že více jak polovině Čechů vadí dlouhá čekací doba na ošetření. Sedm z deseti Čechů by ocenilo, kdyby se mohli ke svému lékaři objednat telefonicky na přesný termín. A většina (až 86 %) si myslí, že k lékaři jezdí zbytečně. (Compu Group Medical, 2014)

Dále jsem se pacientů dotazovala, zda prodloužená čekací doba ovlivňuje zbytek dne.

35 % pacientů udalo, že prodloužené čekání má vliv na průběh celého dne. Pokud odpověděli ano, v doplňující otázce respondenti udávali konkrétní důvod. Nejčastěji pacienti uváděli stížnost na špatné dopravní spojení. Také si stěžovali na zameškání v práci, problémy v zaměstnání, nutnost návratu do práce, neschopnost naplánovat si průběh dne, nutnost aplikace inzulínu či pocit nevolnosti a nutnost trávit čas v čekárně místo klidového režimu doma.

Každý diabetik by měl být poučený, jak se chovat v takových situacích a co má neustále u sebe nosit. Pokud ví, že bude delší dobu mimo domov, měl by si s sebou z domu vzít nějaké jídlo a samozřejmě inzulín a glukometr. V areálu zdravotnického zařízení si pacient může zakoupit nějaké jídlo a popřípadě zakoupit i teplý oběd. V každém případě by měl mít vždy u sebe pohotovostní taštičku s kostkami cukru, sladkými bonbóny nebo sladkým sirupem. (Rybka, 2006)

Může se však stát, že pacient šel k lékaři s akutním problémem a s touto situací nepočítal. V tomto případě by měl sestru s tímto faktem obeznámit. Ta by jej mohla upřednostnit, před ostatními pacienty, jelikož to vyžaduje jeho zdravotní stav. S lékařem by poté měl aktuální situaci prodiskutovat. Výhodou nemocničního zařízení je, že pokud by pacient měl nějaké zdravotní problémy spojené s diabetem, je okamžitě pod lékařským dohledem. Velmi důležité je, aby sestra v pravidelných intervalech vycházela z ordinace a pacienty zkontrolovala. Může se stát, že se některému pacientovi udělá nevolno a ostatní pacienti správně neodhadnou vážnost situace a sestru nepřivolají. Pacient může být v čekárně i sám a pomoc si není

schopen přivolat. V nezúčastněném pozorování jsem zjistila, že sestra průměrně vychází z ordinace po 11 minutách, což je uspokojivé.

V otázce č. 6 jsem se pacientů dotazovala na spokojenost s přístupem personálu. Dále jsem se v otázce č. 11 pacientů dotazovala, zda navštívili registr pacientů a pokud ano, tak jak by ohodnotili chování personálu. Při porovnání výsledků jsem zjistila, že pacienti hodnotili chování personálu jak v čekárně, tak na registru pacientů velmi kladně. Chování personálu na registru pacientů hodnotilo 89 % respondentů hodnotami 1 a 2. Dobrým výsledkem je i fakt, že ani jeden respondent neudal negativní hodnocení – číslo 4 a 5. Též personál v čekárně byl ohodnocen čísly 1 a 2 u 90 % dotázaných. Pozitivní je, že pouze jeden dotázaný uvedl negativní hodnocení personálu v čekárně – uvedl hodnotu 5. Tento pacient byl objednaný na určitý čas a v prostoru pro připomínky si stěžoval na nepříjemnou sestru. Tento pacient ale tvořil výjimku. Mohu tedy říci, že pacienti jsou spokojeni s přístupem personálu ve zdravotnickém zařízení.

Co se týče prostředí čekárny, pacienti měli v dotazníku možnost vyjádřit se k jejich nespokojenosti a popřípadě navrhnout možná opatření. Pacienti by čekárny zlepšili takto: přidaly více vzdělávacích materiálů, přidali více nástěnek a věšáků, zútulnili čekárnu pomocí květin, obrázků a pohodlnějšího sedacího nábytku. Rádi by měli možnost zapůjčit si knihy a časopisy na zkrácení čekací doby, hračky pro děti a uvítali by vodu na osvěžení. Pacienti si nejčastěji stěžovali na neútulnost čekáren a nedostatek věšáků. Čehož jsem si povšimla i při metodě pozorování, jelikož sama jsem neměla kam si kabát odložit. V každé pozorované čekárně byl nedostatek místa na kabáty, jelikož množství věšáků neodpovídalo množství pacientů v čekárně. Tyto připomínky se shodují i s nařízením vlády v Dubaji. Kdy vláda stanovila nařízení, které se zabývá zařízením, designem a službami v ambulantní péči. Čekárna musí být vybavena zdrojem pitné vody, která slouží jako občerstvení pro pacienty. Také čekárny musí být pod dohledem personálu, pokud je navštěvují obě pohlaví současně. Pokud je v ordinaci poskytována i pediatrická péče, musí mít ordinace oddělenou čekárnu pro děti. Nesmí tu taky chybět kolečková křesla pro pacienty. Kapacita čekárny by měla mít minimálně dvojnásobnou kapacitu oproti hodinovému přísunu pacientů. (DUBAI, 2012) V České republice vláda upravuje čekárny různými vyhláškami viz. teoretická část, nezachází však do takovýchto podrobností.

Při hodnocení toalet, pacienti opět měli možnost vyjádřit svá přání a poznámky k situaci. 34 % dotázaných bylo nespokojeno s vybavením toalet a 12 % se nevyjádřilo. Předpokládám, že pravděpodobně toalety nenavštívili, proto tuhle oblast nehodnotili. Největší nespokojenost

pacientů byla s vybavením toalet. Pacienti udávali, že je velký nedostatek veškerého vybavení (papír, ručník, mýdlo apod.) Toto potvrzuje i výzkum prováděný ve stejném zařízení ve 22 ambulancích. Výzkum byl prováděn ve stejný čas, kdy probíhalo mé dotazníkové šetření. Z výsledků vyplynulo, že ve 13. ambulancích chybělo na toaletách některé vybavení (papír, mýdlo, osušení rukou). Také 25 % respondentů bylo nespokojeno s čistotou toalet. V druhém výzkumu bylo zjištěno, že 5 z 22 toalet bylo nějakým způsobem znečištěno. Jednalo se o znečištění uvnitř i vně mísy. (Machyánová, 2014)

Dále si pacienti v prostoru pro připomínky stěžovali na špatné značení toalet, nevěděli, kde se WC pro pacienty přesně nachází. V jedné čekárně si stěžovali na společné WC pro obě pohlaví.

Ze všech zkoumaných oblastí nejvíce nespokojeni byli respondenti s parkováním v areálu nemocnice. 19 % respondentů neudalo své hodnocení v dotazníku. Domnívám se, že se do zdravotnického zařízení dopravují jiným způsobem, a proto neznají problematiku parkování v nemocničním prostředí. Tato oblast byla jediná, kde negativní hodnocení převažovala nad pozitivními.

Pacienti měli opět možnost se k problematice vyjádřit. Nejčastější stížnost byla na nedostatek parkovacích míst v zóně bez poplatků. Dále měli námitky na příliš vysoké poplatky za parkování v zóně za úplatu. Někteří pacienti by byli ochotni zaplatit požadovanou částku, pokud by však byl dodržován přesný čas, na který jsou objednáni. Pokud se jejich čekací doba na ošetření prodlouží, musí poté zaplatit o to vyšší peníze za parkování. Pacienti by rádi byli zvýhodněni, pokud jsou objednáni na určitý čas. Nechtějí tedy doplácet peníze za špatnou organizaci v ordinaci, kterou nemohou nijak ovlivnit. Situaci by pacienti řešili tak, že by lékař dával potvrzení o prodlouženém čekání, které pacient nemohl ovlivnit. Lékař by dal pacientovi potvrzení o čase, na který byl pacient objednan, který strávil v ordinaci a čase odchodu z ordinace. Z těchto údajů by poté byla vypočítána celková taxa za parkování. Platili by pouze za čas, který by normálně strávili u lékaře. Nevýhodou těchto návrhů je, že by tento systém zatěžoval zdravotnický personál časově, bylo by nutné proškolení personálu, pravděpodobně nový zaměstnanec, který by měl na starosti tyto platby. Tento systém nemyslí na neobjednané pacienty. Další návrh na zlepšení byl, první hodina parkování zdarma. Při prozkoumání webových stránek daného zařízení, jsem zjistila, že pacienti první půlhodinu parkování neplatí. Za druhou započatou hodinu je cena parkování 20 Kč a za třetí a každou další půlhodinu 30 Kč. Pokud by pacient parkoval 2 hodiny v tomto zařízení, zaplatí stejnou částku za stejně dlouhou dobu parkování jako na hlavním náměstí v centru města.

Pacienti měli také námitky k velkému provozu po nemocničním zařízení. Údajně neustále musí dávat pozor, aby je nějaké projíždějící auto nesrazilo. Pacientům se též nelíbí umístění parkovišť, údajně musí ujít dlouhou vzdálenost k ambulancím, což jim při některých onemocněních může dělat velké obtíže. I tento problém byl uváděn v souvislosti s vysokými poplatky za parkování. Možným řešením by mohlo být i dodržování časů, na které byli pacienti objednáni a neobjednávat více pacientů na stejný čas.

Domnívala jsem se, že spokojenost pacientů bude ovlivňovat to, zda byli, či nebyli objednaní na určitou hodinu a že spokojenost v jednotlivých čekárnách bude různá.

Ovlivňuje umístění čekárny spokojenost pacientů s čekací dobou, kvalitou vzdělávacího materiálu, s informacemi na cedulích, nástěnkách a plakátech, s výzdobou čekárny?

40 % a více respondentů v těchto oblastech udalo negativní hodnocení. Ve všech oblastech však převládalo pozitivní hodnocení nad negativním. Tuto výzkumnou otázku jsem statisticky vyhodnotila viz. testování hypotéz. Domnívala jsem se, že umístění čekárny má vliv na spokojenost respondentů. Tedy že v různých čekárnách budou různá hodnocení. Testováním se však hypotézy nepotvrdily. Tudíž není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti respondentů s danou oblastí. A naopak můžeme říci, že pacienti jsou ve všech čekárnách i stejně nespokojeni s výše uvedenými oblastmi. Problematika nespokojenosti se netýká pouze některých čekáren, ale všech čekáren v daném zařízení. Další oblasti, které byly nejhůře hodnoceny lze vidět na Obrázku č. 24, viz. výše.

Jako další výzkumnou otázku jsem si zvolila:

Liší se hodnocení pacientů od výsledků zjištěných na základě nezúčastněného pozorování?

Při nezúčastněném pozorování jsem zjistila, že průměrná čekací doba na ošetření je 43 minut. Jednalo se však o velmi malý vzorek respondentů (10 respondentů), tudíž výsledky jsou orientační. Metoda pozorování byla velmi časově náročná, jelikož jsem musela pacienty sledovat od jejich příchodu až po jejich odchod z čekárny. Průměrná čekací doba je již poměrně vysoká, objevují se tu však i vysoké hodnoty, jako je například 84 minut. Které jsou značně znepokojivé. Tomuto pacientovi však sestra sdělila důvod prodlouženého čekání a byla mu i sdělena předběžná čekací doba. Neshodovala se však s výsledkem. Před pacientem vešlo do čekárny několik lidí, kteří pravděpodobně měli vážnější obtíže, jelikož v ordinaci trávili delší čas. V ordinaci však byl vždy pacient a sestra si situaci uvědomovala.

Takto prodloužené čekání má vliv na celkovou spokojenost respondentů. Hrozí tu i riziko rozvoje nozokomiálních nákaz hlavně v případech, kdy jsou čekárny přeplněné pacienty. (Mařar, 2006).

Takto dlouhé čekací doby by se měly vyskytovat jen zřídka. Většina pacientů se necítí v nemocničním prostředí dobře. Pacient toto zařízení navštíví, pokud má nějaký zdravotní problém, který má vliv na jeho psychiku (strach, úzkost, bolest) a prodloužené čekání negativní pocity jen umocňuje. Pacient je delší dobu v nejistotě, pokud očekává výsledky z některých vyšetření a zda má bolesti, tak se jeho trápení prodlužuje. (Zacharová, 2007)

V dotazníkovém šetření pacienti do místa pro připomínky uváděli, že jsou sice objednáni na určitý čas, ale s nimi i několik dalších na stejný čas. Vyskytla se tu i připomínka, že pacient je objednaný, ale sestra mu sdělila, ať se dostaví v dopoledních hodinách. Tento objednávací systém je velmi neetický vůči pacientovi. Pacient nemá žádnou představu o tom, jak dlouhou dobu bude u lékaře a v žádném případě si nemůže naplánovat den. Pokud dojíždí z jiného města, může mít problém se dopravit zpět.

U pacientů jsem pozorovala, zda u nich byla nějakým způsobem porušena intimita. Výsledky mého pozorování se neliší od názorů respondentů. Ani jeden respondent neudal, že by u něj či u někoho jiného byla porušena intimita. Ani já jsem při svém pozorování nenarazila na porušení intimity. Zaměřila jsem se jak na nahotu fyzickou, tak i psychickou. Fyzická nahota je popsána jako odhalení části těla, která je pro pacienta citlivá. Obvykle jsou to intimní partie, jizvy, části těla, která neodpovídají představě daného jedince. Psychická nahota je sdělování citlivých oblastí ze života jedince, kdy se zdravotnický personál pacienta ptá na věci z jeho osobního, pracovního, sociálního i sexuálního života. Obvykle tyto otázky jsou spjaté se získáváním anamnézy. Výsledky v mém výzkumu jsou tedy v této etické otázce vynikající. (Ivanová, 2005)

Pacienti v dotazníkovém šetření hodnotili přístup personálu. Výsledky z tohoto šetření byly výborné, jelikož jak už jsem se zmiňovala, 90 % respondentů bylo spokojeno s přístupem personálu jak na registru pacientů, tak v ordinaci lékaře. Pacienti hodnotili přístup personálu velmi kladně, přitom v metodě pozorování jsem zjistila, že v 70 % případů sestra v ordinaci lékaře pacienta nepozdravila. Dále v 80 % případů sestry nesdělily předběžnou čekací dobu a také v 86 % důvod prodlouženého čekání. Sestry by měly brát jako samozřejmost pacienty oslovovat celými jmény a používat též i jejich akademické tituly. Což jsem v metodě pozorování nemohla zaregistrovat, jelikož jsem neznala celé jméno sledovaného pacienta. Všechny sestry však pacienty oslovovaly pane či paní a dodaly příjmení pacienta. Sestra by

měla každého pacienta nejen pozdravit, ale se mu i osobně představit. Sestra má povinnost představit se pacientům, protože ji to ukládá zákon o zdravotních službách č. 372/2011, kdy pacient má právo znát jména a příjmení těch, kteří se podílejí na jeho péči. V ambulantní péči je doporučováno, aby se sestra pacientům hromadně představila, přivítala je a popřála jim pěkný den. Sestry by si měly dávat pozor i na různé zkomoleniny jmen, které můžou být pacientům nepříjemné. Nic takového jsem však nezaregistrovala.

(Haškovcová, Pavlicová, 2013)

Při metodě pozorování jsem nezaregistrovala, že by někdo z personálu upřednostnil pacienta před jiným, aniž by to vyžadoval jeho zdravotní stav. Pacienti hodnotí přístup personálu kladně, tyto nedostatky však pravděpodobně nemají vliv na jejich hodnocení. Jak už jsem se zmiňovala, metoda pozorování by potřebovala rozšířit o větší počet pozorovaných pacientů.

Které etické aspekty ve zkoumaném zdravotnickém zařízení byly nejčastěji porušovány?

Nejvíce z etických aspektů bylo porušováno sdělování předběžné čekací doby, kdy sestry v 80 % pacientovi nesdělily předběžnou čekací dobu. Při prodlouženém čekání sestry v 86 % pacientům nesdělily důvod jejich čekání. Dále jsem v metodě pozorování zjistila, že nejčastěji sestry pacienty nepozdravily a to v 70 % případů. Sestry pouze do čekárny zavolaly jméno pacienta a dále s ním hovořily o potřebných věcech nebo jej pozvaly do ordinace. Z etického pohledu je tento výsledek znepokojivý. V pacientovi takové jednání může vzbuzovat pocit, že sestře na něm nezáleží a že jej vnímá jen jako dalšího na řadě. Pozdrav je projevem slušného chování a v lidech vzbuzuje příjemné pocity. Pokud pacient čeká dlouhou dobu na ošetření a poté jej sestra „ani nepozdraví“ nebudí to po čase v pacientovi zrovna příjemné vzpomínky na danou ordinaci či zařízení. Pokud sestra umí dobře a vhodně komunikovat, pacient je většinou schopen některé chyby v provozu odpustit a zapomenout na ně. Pozitivní je, že ani jedna sestra neporušila při rozhovoru s pacientem intimitu, že by se jej dotazovala na osobní věci, sdělila jeho diagnózu, odhalila část těla před ostatními pacienty. Sestry si mé přítomnosti všimaly, žádná mne však neoslovila. Zato však v 50 % případů sestry, nově příchozího pacienta nezaregistrovaly jako nově příchozího a to tak, že by za ním přišly a promluvily s ním pár vět. Sestry pravděpodobně o příchodu pacienta do čekárny věděly, jelikož v daném zařízení pacienti nejprve musejí navštívit registr pacientů, kde personál zaznamenává údaje o pacientovi do informačního systému, nebo sestře personál nosí do ordinace karty pacientů. Pacienti si však neuvědomili, že by přes registr pacientů prošli, jelikož v dotazníku 44 % respondentů uvedlo, že registr pacientů nenavštívili. Je možné, že pacienti takto odpovídali

proto, že jsem v dotazníku dostatečně nevysvětlila, co vlastně registr pacientů je. Pacient tedy nemusel znát přesné pojmenování registru a domníval se, že jej nenavštívil. 89 % z těch, co registr navštívili, uvedlo, že jim pokyny na registru vysvětleny byly. Je možné, že pacienti takto odpovídali proto, že jsem v dotazníku dostatečně nevysvětlila, co vlastně registr pacientů je. Nedotazovala jsem se však, zda pokyny správně pochopili.

Dále v metodě pozorování jsem zjistila, že 60 % pacientů se nemělo kam po svém příchodu čekárny posadit. Problémem byl nedostatek nábytku na sezení. Pravdou také je, že čekárny měly malé prostory a pravděpodobně další nábytek by nebylo možné nikam umístit. Pacienti však byli s velikostí čekárny spokojeni (86 % respondentů - spokojený, spíše spokojený)

Výsledky dotazníkového šetření jsem porovnávala s projektem Kvalita očima pacientů z roku 2013 z Fakultní nemocnice Ostrava. Čerpala jsem z výsledkové zprávy z ambulantní sféry této nemocnice. V mém dotazníkovém šetření bylo 90 % respondentů spokojeno s přístupem personálu, ve fakultní nemocnici bylo 90,5 % pacientů spokojeno s přístupem personálu. Výsledky se tedy od sebe neliší. Ve fakultní nemocnici bylo 92,9 % respondentů spokojeno s čekárnou a prostředím, v mém výzkumu bylo spokojeno s prostředím 75 % pacientů. Rozdíl tedy činí necelých 18 %. Ve fakultní nemocnici bylo spokojeno s čekací dobou 67,3 % respondentů, z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že 60 % respondentů je s čekací dobou spokojeno. Rozdíl tedy činí 7 %. S čistotou toalet ve fakultní nemocnici bylo spokojeno 85,1 % respondentů, v mém výzkumném vzorku bylo s čistotou spokojeno 63 % pacientů. Rozdíl tu je značný a činí 22 %. Ve fakultní nemocnici bylo s orientací v nemocnici spokojeno 95,9 % pacientů, z mého výzkumu vyšlo, že 84 % respondentů udalo hodnoty snadnosti orientace v nemocnici 1 a 2, považují to tedy za hodnoty spokojenosti. Rozdíl tedy činí 12 %.

Projekt Kvalita očima pacientů je velmi rozsáhlý, počet respondentů byl 1564 a dotazník se týkal mnoha kategorií. Pro lepší srovnání by bylo nutné rozšířit mé dotazníkové šetření o další respondenty a dále rozšířit metodu nezúčastněného pozorování. (Raiter, 2013)

4 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala kvalitou péče a etickými aspekty v čekárnách zdravotnického zařízení. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou pacienti spokojeni s vybavením, provozem a etickými aspekty v čekárnách. Dále jsem do výzkumu zařadila část nezúčastněného pozorování pacientů, kde jsem zjišťovala, zda se ve zdravotnickém zařízení dodržují etické aspekty.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že spokojenost pacientů nesouvisela s umístěním čekárny ani s tím, zda byl pacient na vyšetření (ošetření) objednaný či nikoliv. Pacienti byli nejvíce nespokojeni s parkováním v areálu nemocnice, v této oblasti jako v jediné bylo více nespokojených pacientů než těch spokojených. Též nejhůře hodnotili informace na cedulích, kvalitu vzdělávacího materiálu, čekací dobu na ošetření a výzdobu čekárny.

Nejvíce pacienti byli spokojeni s chováním zdravotnického personálu, kde 90 % udalo kladné hodnocení. Dále velmi kladně hodnotili velikost čekárny, barvu stěn, ovzduší, orientaci v nemocnici a provoz čekáren. Zjistila jsem, že pacienti v čekárnách nezaregistrovali ani jeden případ porušení intimity jak své, tak někoho jiného v čekárně. Toto tvrzení pacientů jsem si ověřila v nezúčastněném pozorování, kde výsledky byly stejné. Pacienti též ani v jednom případě neslyšeli rozhovory z ordinace, nebyla tedy neúmyslně porušena intimita jiných pacientů.

V nezúčastněném pozorování jsem zjistila, že sestry v ordinacích často (70 %) nezdraví pacienty, nesdělují předběžnou čekací dobu na ošetření (80 %) a nesdělují pacientům důvody prodlouženého čekání (86 %). Personál však neupřednostnil ani jednoho pacienta, aniž by to vyžadoval jeho zdravotní stav či k tomu neměl opodstatněné důvody.

Při dotazníkovém šetření jsem se velmi často potýkala s neochotou k vyplnění dotazníku. Velmi často mne odmítali starší pacienti, kteří neměli zájem cokoli vyplňovat. Jako důvod udávali, že nejsou zrovna v dobré psychické kondici a svými dotazy je obtěžují.

Výzkum bych nadále rozvíjela, primárně bych rozšířila počet respondentů v metodě pozorování. Tato metoda je velmi časově náročná a byl by pravděpodobně nutný větší počet výzkumníků. I z důvodu zachování větší anonymity výzkumníků při provádění pozorování.

Personálu bych předem nesdělovala provádění výzkumu, jelikož se domnívám, že by výsledky byly značně zkresleny. Dotazník bych rozdávala pacientům, které jsem zařadila do metody pozorování a poté bych porovnávala jejich spokojenost a výsledky z pozorování.

Dotazník by bylo možné obohatit částí, která by se týkala etických aspektů v ordinaci - oční kontakt s pacientem, zachování intimity, zavírání dveří, počet zaměstnanců v ordinaci, komunikace lékaře s pacientem apod.

Zdravotní sestry by v ambulancích měly lépe komunikovat s pacienty, dávat jim najevo, že jim daný jedinec není lhostejný. Pokud sestra tuto schopnost dobře ovládá, dokáže předcházet řadě problémů a pacienti jsou ochotni mnohé nedostatky v systému prominout a pochopit.

5 POUŽITÁ LITERATURA

Soupis bibliografických citací

1. BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0.
2. ČESKO. Listina základních práv a svobod ze dne 16. prosince 1992. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 1992. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
3. ČESKO. Vyhláška č. 102 ze dne 1. dubna 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77221&nr=102~2F2012&rpp=15#local-content>
4. ČESKO. Vyhláška č. 306 ze dne 12. září 2012 o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Dostupné z: http://mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/opatreni-proti-infekcnim-nemocem_3548_1789_11.html
5. ČESKO. Vyhláška č. 92 ze dne 15. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=92~2F2012&rpp=15#seznam>
6. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=372~2F2011&rpp=15#seznam>
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ. *Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulatní péči*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 121 s. ISBN 978-807-4920-639.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996, 176 p. ISBN 80-902-1630-7.
9. HAUBERTOVÁ, Daniela a Ivan SLAMĚNÍK. Intimita jako jeden ze základních znaků těsných vztahů. *Psychologie pro praxi*. 2013, roč. 2013, 3-4, s. 15. Dostupné z: <http://www.ceeol.com/aspx/issuedetails.aspx?issueid=57565312-98b9-4b0e-b80e-7f0c0e7af039&articleId=6e86802c-30c0-4f31-8371-e66fd2fb2829>
10. HEILMANN, Christa M. *Řeč těla: gesta, mimika, emoce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 139 s. *Psychologie pro každého*. ISBN 978-80-247-4394-3.

11. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
12. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
13. JANICZEKOVÁ, Elena. Symbolika barev v práci sestry. *Sestra*. 2012, č. 11. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/symbolika-barev-v-praci-sestry-467701>
14. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-315.
15. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. V Praze: Triton, 2004, 234 s. ISBN 80-725-4538-8.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
17. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 160 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4744-131.
18. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
19. MAĎAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
20. MACH, Jan. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4736-839.
21. MACHYÁNOVÁ, Iveta. *Indikátory kvality péče v čekárně zdravotnického zařízení*. Pardubice, 2014. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.
22. MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 123 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.
23. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přepr. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 100 s. ISBN 978-807-0134-665.)
24. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.
25. RAUDENSKÁ, Jaroslava. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

26. RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 283 s. ISBN 80-247-1612-7.
27. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychologie: Lexikon základních pojmů*. 1.vyd. Praha: Naše vojsko, 1994, 203 s. ISBN 80-206-0459-6.
28. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
29. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 159 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4747-323.
30. VONDRÁČEK, Lubomír a Hana KURZOVÁ. *Zdravotnické právo: pro praxi a posluchače lékařských fakult*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 142 s. ISBN 80-246-0531-7.
31. VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy: nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
32. VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 322 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.
33. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-621.
34. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.

Online zdroje

35. DUBAI. Outpatient Care Facilities Regulation. In: *Health Regulation Department*. 2012. Dostupné z: <https://www.dha.gov.ae/EN/SectorsDirectorates/Directorates/HealthRegulation/MedicalComplaint/Documents/Outpatient%20Care%20Regulation.pdf>
36. Etický kodex. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. Mezinárodní rada sester, 1953. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf
37. JENKINS, John, Eda CALABRIA, Johan EDELHEIM a Julie HODGES. Service quality and communication in emergency department waiting rooms: case studies at four NEW South Wales hospitals. In: [online]. 2011 [cit. 2014-04-18]. Dostupné

- z: http://www.cec.health.nsw.gov.au/___documents/programs/partnering-with-patients/ched-report-with-ref-1.pdf
38. NERADOVÁ, Věra. *Ochrana soukromí ve zdravotnictví* [online]. Plzeň, 2011 [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: [https://otik.uk.zcu.cz/xmlui/bitstream/handle/11025/5781/pdf\(2\).disertacni%20prace.pdf?sequence=1](https://otik.uk.zcu.cz/xmlui/bitstream/handle/11025/5781/pdf(2).disertacni%20prace.pdf?sequence=1). Disertační práce. Zapadočeská univerzita v Plzni.
39. Pacienti nechtějí u lékaře dlouho čekat a často se nedovolají do ordinace. COMPU GROUP MEDICAL. *CompuGroup Medical Česká republika s.r.o.* [online]. 2014 [cit. 2014-04-29]. Dostupné z: <http://www.itpoint.cz/cgm/clanky/?i=pacienti-preferuji-objednani-presneho-terminu-navstevy-lekare-9416>
40. RAITER, Tomáš. Kvalita očima pacientů: Fakultní nemocnice Ostrava - ambulance. In: *Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. 2014 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://www.fno.cz/documents/Zprava_KOP_Ostrava_Ambul_2013_PUBLIC.pdf
41. ŠUSTEK, Petr. Lidé každý zásah do soukromí vnímají velmi citlivě. *Spojená akreditační komise* [online]. 2013 [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/archiv-aktualit/lide-kazdy-zasah-do-soukromi-vnimaji-velmi-citlive-.587/>
42. Žádné zbytečné čekání u lékaře. Pacienty hlásí čtečka karet. *Česká televize* [online]. 2014 [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/260868-zadne-zbytecne-cekani-u-lekare-pacienty-hlasi-ctecka-karet/>.

6 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Dotazník</i>	73
Příloha B <i>Arch k pozorování</i>	75

Příloha A Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Kateřina Skubířová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Prosim Vás o vyplnění dotazníku, který poslouží jako zdroj informací pro mou diplomovou práci. V mé diplomové práci se zabývám problematikou spokojenosti pacientů s čekárnami zdravotnických zařízení. Dotazník je anonymní a po zpracování bude znehodnocen.

1. Pohlaví: muž/žena
2. Byl/a jste objednan/a k ošetření na danou hodinu nebo jste ordinaci navštívili bez objednání?
Objednan / Neobjednan
 - Pokud jste byl/a objednaný/a, na jakou hodinu?.....
3. Jak byste ohodnotil/a na škále od 1 do 5 Vaši spokojenost s čekací dobou na ošetření?
Označte jako ve škole 1=největší spokojenost 5=nejmenší spokojenost

.....
Pokud máte nízké hodnocení, co se Vám na čekací době nelíbí? Nízké hodnocení = 3 a více

.....
.....
Má prodloužená čekací doba nějaký vliv na průběh celého Vašeho dne? ANO/NE
• Pokud ANO, jaký?

4. Slyšeli/a jste v čekárně rozhovory z ordinace přes zavřené dveře? ANO/NE
5. Myslíte si, že u Vás či u někoho jiného porušil zdravotnický personál intimitu (např. sdělil vaši diagnózu, odhalil některou citlivou partii vašeho těla, nezavřel dveře do ordinace)? ANO/NE
 - Pokud ANO, jak?.....
6. Jak byste ohodnotil/a na škále od 1 do 5 Vaši spokojenost s přístupem personálu k Vám či jiným pacientům? 1=největší spokojenost 5=nejmenší spokojenost

Prostředí čekárny

7. Jak byste ohodnotil/a na škále od 1 do 5 vaši spokojenost s prostředím čekárny?
1=největší spokojenost 5=nejmenší spokojenost

.....
Zakroužkujte jednu z možností, s kterým tvrzením souhlasíte (označte jako ve škole)

1 - Ano, spokojený 2 - spíše spokojený 3- spíše nespokojený 4 - nespokojený.

Jste spokojený/a s velikostí čekárny?	1	2	3	4
Jste spokojený/a s nábytkem a vybavením v čekárně?	1	2	3	4
Jste spokojený/a s kvalitou vzdělávacího materiálu v čekárně?	1	2	3	4
Jste spokojený/a s vzhledem čekárny? Např. obrazy, drobné dekorace	1	2	3	4
Jste spokojený/a s barvou stěn v čekárně?	1	2	3	4
Jste spokojený/a s ovzduším v čekárně?	1	2	3	4
Jste spokojený/a s informacemi, které jsou Vám sdělovány pomocí nástěnek, cedulí, plakátů?	1	2	3	4
Jste spokojený/a s provozem čekárny a ordinace? Např. organizace práce pracovníků, střídání personálu, ordinační dobou atd.	1	2	3	4

.....
Pokud jste u některých otázek zakroužkovali možnost NESPOKOJENÝ nebo SPÍŠE NESPOKOJENÝ napište prosím, co přesně se Vám nelíbí a jak bychom mohli prostředí vylepšit?

8. Jak byste ohodnotil/a Vaši spokojenost s toaletami v čekárně na škále od 1 do 5?
1=největší spokojenost 5=nejmenší spokojenost

Zakroužkujte, s kterým tvrzením souhlasíte (označujte jako ve škole)

1 - Ano, spokojený 2 - spíše spokojený 3 - spíše nespokojený 4 - nespokojený.

Jste spokojený s čistotou toalet?	1	2	3	4
Jste spokojený s dostupností toalet?	1	2	3	4
Jste spokojený s vybavením toalet (ručníky, toaletní papír, mýdlo)?	1	2	3	4

Pokud jste na některou z otázek odpověděl NESPOKOJENÝ ČI SPÍŠE NESPOKOJENÝ, napište prosím, s čím přesně jste byl/a nespokojený/a a jak by se situace mohla zlepšit?

Prostředí nemocnice

9. Jak rychle jste se zorientovali/a na škále od 1 do 5 v prostředí nemocnice při Vaší první návštěvě ordinace? 1= velmi rychle 5= dělalo mi to velké obtíže

10. Navštívila jste při návštěvě nemocnice registr pacientů? ANO/NE

• Pokud jste odpověděla ANO

Byly Vám na registru pacientů vysvětleny pokyny k tomu, abyste dále věděla, co máte dělat nebo kam dále máte pokračovat na vyšetření?

ANO/NE

11. Jak byste na škále od 1 do 5 ohodnotila chování personálu na registru pacientů?

1=největší spokojenost 5=nejmenší spokojenost

12. Jste spokojený/a s parkováním v nemocnici?

Ano, spokojený/ spíše spokojený/ spíše nespokojený/ nespokojený.

Pokud jste NESPOKOJENÝ/A ČI SPÍŠE NESPOKOJENÝ/A, napište prosím důvod Vaší nespokojenosti.

13. Zde máte prostor pro Vaše připomínky či náměty ke zlepšení situace v čekárnách zdravotnických zařízení.

Příloha B *Arch k pozorování*

Pacient č.

Popis:

Příchod do čekárny:

Vstup do ambulance:

Odchod z ambulance:

Celkem: čekací doba:

čas strávený v ambulanci:

První příchod sestry do čekárny:

Měl se pacient kam posadit při svém příchodu? a/n

Zaregistrovala a oslovila sestra pacienta jako nově přichozícího? a/n

Pozdravila sestra pacienta při prvním pohovoru? a/n

Sdětila sestra pacientovi, jak dlouho bude čekat?

Pokud pacient čeká déle než 30 min. - vysvětlila sestra pacientovi důvod čekání? a/n

Byla u pacienta porušena intimita? a/n

Jak?

Upřednostnil někdo jiného pacienta, aniž by to vyžadoval jeho zdravotní stav? a/n